

# Rapport annuel SECM

## Activités 2017





# Avant-propos du Fonctionnaire-dirigeant

Chaque année, une attention particulière est accordée à la rédaction d'un rapport d'activité. Nous voici déjà bien engagés dans la nouvelle année. Bon nombre d'actions prévues dans le Plan opérationnel 2018 sont déjà en cours de réalisation. Toutefois, nous prenons le temps de revenir sur 2017.

Nous avons cependant une bonne raison pour cela : s'inspirer du passé pour encore mieux préparer l'avenir ! Certains éléments s'avèrent un peu plus clairs à présent que le lien opérationnel avec le suivi quotidien est rompu.

Chaque année, des centaines d'enquêtes ou de projets sont lancés et mis en œuvre au sein des Directions Information, Contrôle et Expertise. Le nombre de contrôles est passé d'à peu près 1000 par an à environ 600, permettant dès lors davantage d'actions par la Direction Expertise.

Ceci ne s'est pas fait sans mal et a nécessité l'établissement de priorités pertinentes au terme d'un travail d'analyse préparatoire dans le « Filtre ». La Direction Expertise a soumis plusieurs rapports finaux au Comité et aux groupes de travail techniques au sein de l'INAMI, toujours dans le but d'influencer de plus grands groupes de dispensateurs de soins à l'aide d'un cadre adapté. L'analyse de terrain sur la qualité du dossier médical global constitue un exemple abouti.

La recherche de partenaires sur le terrain reste un défi pour réaliser effectivement les changements désirés.

Ladite « fonction d'avis » (dans le cadre de laquelle des inspecteurs du SECM conseillent activement au sein de plus de 30 conseils et commissions) a fait un travail remarquable d'adaptation de la nomenclature et de la réglementation. L'instauration d'un plafond de remboursement p. ex. pour les praticiens de l'art infirmier, par analogie avec celui pour les praticiens de l'art dentaire et les kinésithérapeutes, a été abondamment motivée mais n'a pas encore été réalisée. L'intervention demeure selon nous envisageable et nécessaire compte tenu des infractions persistantes et très graves dans le secteur : soins non effectués, surscorage important des soins, tiers non qualifiés, soins de plaie(s) problématiques.

Le fait le plus remarquable de l'année écoulée fut la réorientation effective des visites de contrôle individuel, essentiellement organisées sur plainte, vers des visites de contrôle thématique entamées par notre Service au terme d'une analyse et d'un screening au sein même du SECM. Des thèmes où nous considérons la facturation comme étant « à risque » sont mis au point de la même manière pour l'ensemble du territoire belge. Les infractions sont souvent réparties sur toute la Belgique, par-delà les frontières communautaires.

Nous tentons d'accroître l'incidence de ces contrôles en diffusant de l'information ciblée au sein et en dehors de l'INAMI. Ainsi nous avons par exemple entamé plusieurs actions, suite au projet relatif aux opioïdes, dans lesquels s'intègrent entre-temps divers autres partenaires (formation, formation continue, Ordre, Commissions médicales provinciales, AFMPS, contributions scientifiques, etc).

L'augmentation des dépenses dans le secteur de l'assurance indemnités soulève de nouvelles questions : notre Service reçoit davantage de plaintes relatives au certificat dit de complaisance (avec ou sans indemnités de l'INAMI au terme de la période de rémunération garantie) et de questions spécifiques des auditeurs du travail au sujet d'une éventuelle fraude dans le cadre de la reconnaissance de l'incapacité de travail. Nous assumons cette nouvelle responsabilité en dépit de la baisse du nombre d'inspecteurs.

Il ne me reste plus qu'à remercier l'ensemble des collaborateurs qui ont participé aux réalisations de 2017 et des années précédentes. J'espère qu'ils garderont de bons souvenirs de ce que nous avons accompli ensemble et de leur contribution en particulier.

Leurs idées ont joué un rôle essentiel et la concrétisation de ces idées a permis de générer une valeur ajoutée.

À l'heure où je me retire, après plus de 22 ans passés à leurs côtés en tant que collègue, je leur transmets tous mes vœux de réussite.

Un SECM qui fonctionne bien : cela en vaut vraiment la peine (et l'investissement social) !

Jo Maebe

# TABLE DES MATIERES

<b>Avant-propos du Fonctionnaire-dirigeant.....</b>	<b>3</b>
<b>Partie 1 - L'organisation .....</b>	<b>7</b>
I.    Le Service d'Evaluation et de contrôle médicaux (SECM) .....	9
II.   Le personnel.....	10
III.  La structure organisationnelle .....	12
<b>Partie 2 - Les activités .....</b>	<b>13</b>
I.    Plan d'action en matière de contrôle des soins 2016 - 2017 .....	15
II.   Contrôle .....	20
III.  Récupération et mesures imposées par les organes compétents .....	37
IV.   Expertise.....	48
V.    Information & Communication .....	65
VI.   Affaires juridiques et Contentieux .....	67
VII.  Projets ICE.....	69
<b>Acronymes .....</b>	<b>75</b>
<b>Plus d'informations ? .....</b>	<b>76</b>



# Partie 1 - L'organisation





# I. LE SERVICE D'EVALUATION ET DE CONTRÔLE MÉDICAUX (SECM)

## Mission

Afin de garantir une utilisation optimale du budget de l'État pour l'assurance maladie, le SECM veille entre autres à ce que tous les acteurs concernés (dispensateurs de soins, gestionnaires d'établissements de soins, organismes assureurs (O.A.), assurés sociaux, etc.) respectent scrupuleusement leurs obligations dans un cadre légal et réglementaire adéquat. Ce rôle social est aujourd'hui d'autant plus pertinent qu'il convient aussi de garantir des soins de santé durables et de qualité dans un contexte d'économies.

Le SECM est un des acteurs qui contribue à veiller à cette utilisation optimale. Aussi, autant que possible, le Service remplira sa mission dans le cadre d'une collaboration constructive avec les parties intéressées. Un tel partenariat repose sur un respect mutuel.

Pour ce faire, le SECM suit une politique basée sur trois piliers : l'information, le contrôle et l'évaluation.

Au moment où le Service du contrôle médical a été rebaptisé en 2002 Service **d'évaluation et de contrôle** médicaux, s'est manifestée la volonté de passer d'actions purement répressives à des actions d'information et de prévention.

## Actions possibles :

- ✦ Diffuser de l'information aux dispensateurs de soins
- ✦ Évaluer les prestations, prescrites ou réalisées, de l'assurance soins de santé
- ✦ Contrôler les prestations de l'assurance soins de santé sur les plans de la réalité et de la conformité aux dispositions de la loi ainsi que la surconsommation
- ✦ Faire exécuter les décisions prises par le Fonctionnaire-dirigeant, le Comité, les Chambres de première instance et de recours.

## Objectifs du contrat d'administration 2016-2018

Article 31 = réforme interne

Article 32 = gestion informatisée des dossiers

Article 35 = collaboration avec la Cellule Soins efficaces

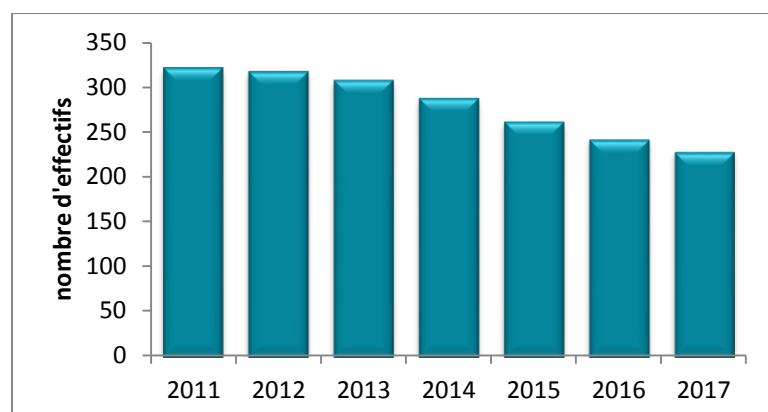
## II. LE PERSONNEL

Personnel SECM au 31 décembre 2017

**Tableau 1**

	Central			Provincial			TOTAL
	NL	FR	Sub-tot	NL	FR	Sub-tot	
Fonctionnaire-dirigeant	1	0	1	0	0	0	1
Conseiller général	1	1	2	0	0	0	2
Directeur régional	0	0	0	4	2	6	6
Coordinateurs des domaines	2	1	3	0	0	0	3
Conseiller	2	1	3	1	2	3	6
Médecin-inspecteur	4	5	9	23	19	42	51
Pharmacien-inspecteur	4	3	7	0	0	0	7
Infirmier contrôleur	1	1	2	19	10	29	31
Juriste (niveau attaché)	5	5	10	0	0	0	10
Expert SMALS (statistiques, data-analyse)	1	1	2	0	1	1	3
Attaché	5	4	9	5	1	6	15
Expert administratif (niv. B)	2	3	5	6	5	11	16
Assistant administratif (niv. C)	7	6	13	26	18	44	57
Collaborateur administratif (niv. D)	3	4	7	6	4	10	17
Détaché (niv. A)	2	0	2	0	0	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>35</b>	<b>75</b>	<b>90</b>	<b>62</b>	<b>152</b>	<b>227</b>

Le nombre d'effectifs a **donc baissé de 321 à 227** entre 2011 et 2017.



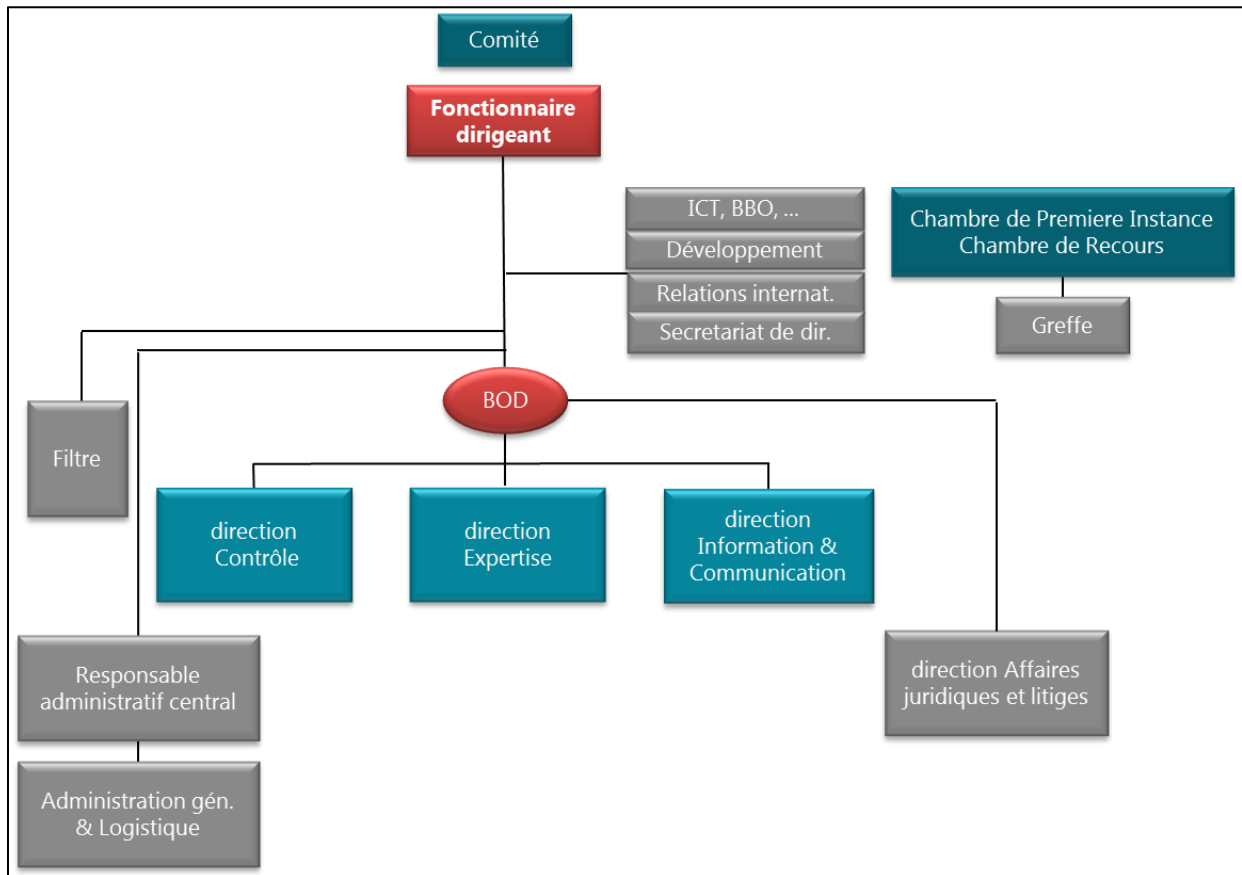
**Illustration 1**

Cette baisse est due

- ✦ à la vague de départs à la pension ;
- ✦ au nombre restreint d'engagements suite à l'interruption momentanée du recrutement ;
- ✦ au transfert de tâches et de personnel pour les Commissions régionales du Conseil médical d'invalidité (CR-CMI) vers le Service Indemnités.

### III. LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Depuis 2016, le SECM a un nouveau modèle organisationnel, comme le montre l'illustration 2.



**Illustration 2**

Le BOD (Beslissings Orga(a)n(e) Décisionnel), composé des responsables des 4 directions et du Filtre et présidé par le Fonctionnaire-dirigeant, prend des décisions au sujet de la politique ICE. Vous trouverez le fonctionnement du Filtre à la page 24.

## Partie 2 - Les activités



# I. PLAN D'ACTION EN MATIÈRE DE CONTRÔLE DES SOINS 2016 - 2017

## Description

Début 2016, l'INAMI a créé une taskforce « Soins efficaces » avec comme objectif d'examiner où des économies étaient possibles ou souhaitables.

Concrètement, ce ' Plan d'action 2016-2017'<sup>1</sup> comprend :

- 15 mesures structurelles en matière de contrôle des soins de santé ;
- 9 mesures spécifiques en vue d'augmenter l'efficacité des soins de santé ;
- 10 mesures et actions spécifiques en matière de lutte contre la fraude.

Ces mesures doivent aboutir à des corrections dans les différents secteurs des soins de santé à court, moyen et long termes.

## Input du SECM

Le SECM a joué, et joue un rôle actif dans les chapitres suivants du Plan d'action.

### **Chapitre 4: Mesures structurelles en matière de contrôle des soins de santé**

#### **4.0 Echange de données**

La base légale pour mettre les données de facturation des O.A. à la disposition de l'INAMI est inscrite dans notre loi SSI (voir p. 67).

#### **4.1 Lecture systématique de la carte eID**

Cette lecture systématique de la carte d'identité électronique est effectivement introduite dans le secteur des soins à domicile depuis le 1er octobre 2017. Ce système peut contribuer à lutter contre la fraude d'infirmiers à domicile qui facturent des prestations sans qu'il y ait eu de contact réel entre le prestataire de soins et la personne assurée.

#### **4.3 Imposer un cadre réglementaire adéquat pour l'interdiction du tiers payant**

Certains dispensateurs de soins appliquent le régime du tiers payant et commettent des infractions graves dans ce cadre.

Il serait donc utile d'imposer à ces dispensateurs de soins une interdiction d'utiliser ce système comme sanction supplémentaire, outre une amende administrative.

C'est pourquoi le SECM a introduit vers la mi-2017, un projet de loi portant modification de l'art. 142 de la loi SSI (dans le cadre d'une loi portant dispositions diverses). Cette loi n'a pas encore été adoptée par le Parlement.

#### **4.4 Exécution de l'article 77sexies de la loi SSI**

L'art. 77 sexies stipule que le Fonctionnaire-dirigeant du SECM peut imposer une suspension du paiement des factures dans le cadre du régime du tiers payant, pour une période maximale d'un an, en cas d'indices de fraude graves, précis et concordants.

Au total, 18 suspensions de ce type ont été imposées par le Fonctionnaire-dirigeant (voir p. 34).

---

<sup>1</sup> Le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé complet se trouve dans les publications sur le site web de l'INAMI. <http://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/plan-action-contrôle-sds.aspx#.WzIJSq27qUK>.

#### **4.7 Mise en place d'une méthodologie « profils de patients »**

Le SECM a finalisé cette enquête en novembre 2017 (rapport voir p. 54).

En 2018, le projet de suivi « profils de patients : méthodologie adaptée » démarrera. Ce projet est repris dans le plan d'action 2018, point 4.1.

#### **4.8 Protocole avec l'auditorat / parquet et autres instances**

Le SECM traite environ 80 cas de fraude sur une base annuelle, dont une vingtaine pour lesquels nous avons des contacts avec l'Auditorat ou le Parquet.

Nous travaillons bien ensemble dans des cas individuels, mais il faut un cadre défini pour étayer structurellement cette coopération et, en tout état de cause, éviter que les procédures d'enquête et/ou de sanction s'entravent mutuellement.

Le texte du protocole a été finalisé par l'INAMI et attend maintenant l'approbation officielle du Collège des procureurs généraux.

#### **4.10 Audit systématique des hôpitaux**

Au cours de ce projet, une méthodologie générique sera développée pour la réalisation d'audits hospitaliers dans le cadre d'un programme pluriannuel. Les audits analyseront l'utilisation correcte des ressources dans les hôpitaux.

Une note sur la vision d'avenir a été préparée par le SECM en janvier 2017. Cette note montre la valeur ajoutée de la coordination entre tous les services d'inspection concernés. Une équipe de 10 médecins a été constituée (recrutement interne et externe).

#### **4.11 Commande d'attestations de soins donnés ASD (SPEOS)**

Les dispensateurs de soins commandent leurs nouvelles attestations de soins donnés via Medattest. Une fois imprimées, elles se retrouvaient parfois entre de mauvaises mains. Les fraudeurs les utilisaient pour facturer des prestations fictives à l'assurance maladie. L'INAMI a pris des mesures contre ce type de fraude. Celles-ci sont en vigueur depuis mai 2017 :

- ✦ Un prestataire de soins qui commande des attestations par la poste ou par fax ne recevra désormais la confirmation de commande et le bulletin de virement qu'à son adresse officielle.
- ✦ Un prestataire de soins qui demande via le callcenter un nouveau mot de passe pour commander des attestations en ligne, le recevra par la poste à son adresse officielle.

#### **4.12 Plafond de remboursement infirmiers**

Il est impossible pour un infirmier à domicile de fournir annuellement des prestations au-delà d'un certain plafond financier. Des montants plus élevés font qu'il est presque impossible pour les infirmiers en soins à domicile de fournir des soins de qualité conformément à la réglementation.

Nos enquêtes de contrôle sur la réalité et la conformité des prestations réalisées pour des profils aussi élevés mènent souvent à la détection d'infractions : principalement des prestations non effectuées, des surscorages importants sur l'échelle de Katz (avec 2 étapes), infractions en matière d'attestation de soins des plaies complexes, prestations effectuées par du personnel non qualifié. (voir p. 25)

L'introduction d'un montant maximal porté en compte via l'assurance maladie, a fait l'objet de consultations répétées au sein de la commission de convention, mais aucune décision finale n'a encore été prise.

### **Chapitre 5: Mesures dans le cadre de la lutte contre la fraude**

#### **5.1 Contrôle profils infirmiers**

Au cours de la période 2016-2017, le SECM a ouvert 41 dossiers sur les profils de facturation élevés. A ce jour, des constats ont été notifiés dans 24 de ces dossiers. Dans 16 des 24 dossiers, le préjudice constaté dépassait 25 000 EUR. (voir p. 25)



## 5.2 Appareils RMN non autorisés

Les activités et la facturation à l'INAMI des prestations effectuées avec des appareils d'IRM non agréés ont fait l'objet d'une analyse complète. Le SECM a constaté des prestations facturées pour 18 appareils IRM non agréés dans 15 hôpitaux pour un montant total de 14,8 millions d'euros. (voir p. 72)

## 5.3 Transport urgent de patients

Dans cette étude, nous avons examiné si des remboursements indus sont effectués pour le transport urgent de patients par ambulance, alors que ce transport n'a pas été effectué après un appel via le système d'appel unifié.

Dans un vaste échantillon (1.599 voyages répartis sur l'ensemble du pays avec une période de référence du 1/12/2015 au 08/12/2015), aucune infraction significative n'a été constatée.

## 5.4 Contrôle bandagistes

Ces dernières années, le SECM a constaté, par le biais d'un nombre limité d'enquêtes auprès de quelques bandagistes, d'importants préjudices (au moins 100.000 EUR ; quelquefois plus de 0,5 million d'euros).

Dans le cadre du plan d'action, nous avons effectué 8 enquêtes de contrôle sélectionnées.

## 5.5 Médicaments sensibles à la fraude

32 enquêtes de contrôle ont été réalisées dans le groupe de médicaments « opioïdes », dont

- ✦ 17 avec des assurés « suspects »,
- ✦ 14 dossiers dans lesquels les médecins peuvent avoir été coresponsables, et
- ✦ 1 pharmacien.

Les dossiers de fraude avec prescriptions par des assurés (les prescriptions sont établies par les assurés eux-mêmes) sont toujours transmis au SCA pour sanction.

Trois médecins ont été placés sous monitoring.

Nous collaborons activement avec l'Ordre des médecins et les commissions médicales provinciales. Une vaste campagne d'information a également été mise en place au cours de laquelle 25 présentations ont déjà été effectuées (Ordre, GLEM, symposiums scientifiques, etc.) dans le but de former un grand groupe de médecins prescripteurs et d'influencer leur comportement de prescription. (voir p. 69)

## 5.6 Prestations obsolètes

Si une prestation n'est facturée que par quelques prestataires de soins, on peut supposer qu'il s'agit soit d'interventions dépassées, soit de prestataires de soins super spécialisés. Nous avons commencé 17 enquêtes de contrôle auprès de prestataires de soins qui présentaient une proportion significative dans la facturation d'une ou plusieurs prestations de ce type.

Résultat de l'enquête :

- ✦ Chez 5 prestataires de soins nous avons constaté des infractions pour 903.596 EUR (prestations non effectuées ; facturation non conforme).
- ✦ 2 prestataires de soins ont été mis sous monitoring et brièvement suivis.
- ✦ 2 prestataires de soins ont reçu un avertissement.
- ✦ 1 enquête de contrôle s'est avérée négative. Il s'agissait d'un prestataire de soins super spécialisé.
- ✦ 5 enquêtes de contrôle n'ont pas encore été menées à terme.
- ✦ Dans 2 dossiers, la règle interprétative a été acceptée. La nomenclature a été modifiée pour éviter de futurs abus.  
Cela a également été le cas dans un dossier avec constat d'infraction et un dossier avec monitoring.
- ✦ Quelques discussions de fond concernant d'autres prestations n'ont pas encore été conclues dans le cadre du Conseil technique médical.

### **5.7 Contrôle a posteriori des CT Rochers**

Suite à des constatations antérieures d'infractions dans 13 hôpitaux, nous avons vérifié si, dans la période qui a suivi les constatations, ils ont correctement facturé leurs prestations CT de la région de la tête.

Un hôpital continue de facturer à tort des prestations CT rochers dans le cadre des enquêtes - PET/CT. Nous constatons une nouvelle infraction d'un montant de 682.879 EUR.

Suite au contrôle, nous constatons que le nombre de CT rochers facturés continue à diminuer (74 %) et que le nombre de CT et de Cone Beam CT massif facial et de CT du crâne augmente (5 %). Dans les hôpitaux contrôlés, l'augmentation du nombre de CT et de CT Cone Beam CT massif facial et CT du crâne (5.811) est plus importante que la baisse prévue des CT rochers (4.533).

### **5.8 Suivi du plafond des prestations en kinésithérapie**

Pour tous les kinésithérapeutes en Belgique, nous avons vérifié si les valeurs maximales de 40.000 M par trimestre et/ou le plafond annuel de 156.000 M ont été dépassés en 2015.

36 kinésithérapeutes n'avaient pas respecté ce plafond. Nous avons établi des procès-verbaux de constat pour un total de 591.869 EUR.

Entre-temps, 410.724 EUR ont été remboursés volontairement.

Dans le cas de deux prestataires, l'infraction semblait consister en une facturation administrative incorrecte de tous les services du groupe au nom d'un seul prestataire de soins.

### **5.9 Contrôle du statut E en kinésithérapie**

En 2016, les O.A. supposaient une augmentation significative des demandes de statut E pour le syndrome d'Ehlers-Danlos (SED) et pour le syndrome primaire de Sjögren (SPS). Un groupe de travail conjoint (1 médecin-inspecteur du SECM et 1 médecin conseil des O.A. 100, 300 et 500) a examiné si

- ✦ le nombre de demandes a réellement augmenté
- ✦ des infractions avaient été commises.

Nous avons constaté que les critères cliniques du SED sont généraux (diagnostic et dysfonctionnement articulaire grave), alors que les diagnostics sont encore scientifiquement en discussion (principalement la distinction entre SED et l'hypermobilité normale) et que l'impact clinique est souvent limité dans les demandes.

Comme l'enregistrement par pathologie de la liste E par les O.A. n'est pas obligatoire, les données historiques manquent. Il est donc impossible d'établir s'il y a eu ou non une augmentation du nombre de demandes.

L'analyse des demandes des assurés qui ont reçu l'accord du médecin conseil n'a pu démontrer aucune infraction à la réglementation.

Nous nous informerons auprès des deux principaux prescripteurs du statut E sur leurs demandes dans le cadre du SED, en vue d'établir une position scientifique et de clarifier les dispositions réglementaires.

### **5.10 Contrôle des outliers en logopédie**

La commission Contrôle et Datamining du collège national intermutualiste (CNI) a réalisé un projet pilote pour des logopèdes avec un profil élevé, en collaboration avec le SECM.

Le CNI a demandé à 27 logopèdes de justifier leur profil élevé. Simultanément le SECM a mené une enquête auprès de 3 autres logopèdes à profil élevé.

Trois dispensateurs de soins n'ont absolument pas répondu aux lettres et aux courriels de rappel. Les dossiers ont été transmis au SECM. Trois autres dossiers parmi les 27 ont encore été transmis au SECM.

Nous avons commencé une enquête de vérification pour tous ces dossiers renvoyés.

## **Chapitre 6: Mesures soins efficaces**

### **6.7 Profils de patients dentistes**

Dans le cadre de ce projet, nous avons analysé les profils de patients en dentisterie afin de détecter les profils anormaux et, si possible, de détecter les pratiques anormales chez les dentistes. Le projet est lié au point d'action « 4.7 Élargissement de la méthodologie pour les profils de patients » et constitue un projet pilote. (voir p. 54)

### **6.8 Comportement de prescription des médecins en matière de bandagisterie**

Le but de ce projet était de sensibiliser les prescripteurs à prescrire de manière ciblée, d'assurer une prescription de bonne qualité et de prescrire l'orthèse la plus appropriée pour le patient.

En avril 2017, nous avons envoyé une lettre de sensibilisation personnalisée à

- ✦ 809 généralistes et spécialistes pour l'orthèse lombo-sacrée ;
- ✦ 544 chirurgiens orthopédistes pour les orthèses du genou.

Le SECM participe aux discussions au sein du groupe « Spine » (CT chirurgie) en vue de réformer la nomenclature des orthèses lombo-sacrées.

En 2018, une mesure d'impact aura lieu sur le budget des dépenses (actuellement 21.000.000 EUR).

### **6.9 Radioscopie de l'article 17 et audit du protocole d'accord en matière d'imagerie médicale lourde**

- 1) Ce projet soutient les objectifs du protocole d'accord en matière d'imagerie médicale lourde et consiste à faire un audit continu (semestriel) de l'évolution du nombre de prestations d'imagerie lourde en particulier les CT-scanners et les RMN. La dernière analyse portant sur les chiffres de l'année 2016 ne montre pas encore qu'un glissement substantiel des CT-scanners vers les RMN soit attendu. Globalement, il semble prématuré de tirer des conclusions sur base des chiffres 2016 étant donné que le recul par rapport aux nouvelles dispositions (par exemple le cadastre des appareils n'a été mis en place que depuis mi-2016) est encore insuffisant, pour les données 2016. L'analyse devra être faite sur les chiffres de l'année 2017, ce qui sera réalisé courant 2018.
- 2) En ce qui concerne la radioscopie des prestations d'imagerie conformément à l'article 17 de la nomenclature, un premier travail a concerné les RMN non autorisés. En plus des données de facturation disponibles, des informations sur les appareils ont été obtenues auprès des Communautés et des Régions et une cartographie a été dressée ; les résultats ont été utilisés dans le cadre d'actions de contrôle qui sont décrites dans le point d'action 5.2 Contrôle des RMN non autorisés.
- 3) Plusieurs autres paquets de travail dans le cadre de cette radioscopie des prestations de l'article 17 sont toujours en cours et se poursuivront en 2018.
- 4) D'autre part, un projet d'évaluation portant sur la qualité de la prescription et du protocole des examens CT-scanners et RMN (sur un échantillon de 12.000 examens réalisés dans tous les hôpitaux en 2016) a débuté. L'analyse est en cours et les résultats seront présentés ultérieurement.
- 5) Par ailleurs, en collaboration avec l'AFCN et dans le cadre d'un projet européen, une action commune dans le domaine de la justification de l'imagerie médicale a été menée auprès de 13 hôpitaux ; dans une seconde phase l'action est poursuivie par le service dans d'autres hôpitaux pour atteindre un total de 51 hôpitaux visités. Le service a pu constater qu'il y avait une mobilisation dans le secteur de l'imagerie médicale vers une prise de conscience pour une qualité encore meilleure, dans le sens de la réalisation de l'examen adéquat en fonction de l'indication médicale et ce à un prix correct. Beaucoup de personnes dans le secteur de l'imagerie œuvrent en continu à cette amélioration de la qualité.

## II. CONTRÔLE

Dans ce rapport sur les activités de 2017 nous présentons les chiffres qui ont été actualisés le 23 février 2018. Par conséquent, si nous présentons des évolutions et/ou des comparaisons par rapport aux chiffres d'années précédentes, il se peut que, pour les motifs évoqués ci-avant, il y ait parfois de légères différences eu égard aux rapports annuels précédents.

Les chiffres peuvent évoluer du fait qu'ils ont été modifiés par la suite ou que de nouveaux faits se sont entre-temps produits tels que des remboursements volontaires supplémentaires.

### 1. Résultats généraux

En 2017 le SECM a clôturé 585 enquêtes de contrôle avec un montant indu de 7.413.383 EUR (Tableau 2, Tableau 3).

Parmi ces 585 enquêtes de contrôle clôturées, 371 (63 %) étaient des enquêtes individuelles et 214 (37 %) étaient des enquêtes thématiques (vous trouverez davantage d'informations sur les enquêtes thématiques de 2017 à la p. 24).

#### a. Enquêtes de contrôle clôturées en 2017, suivant la qualification de l'intéressé

Tableau 2

Qualification de l'intéressé	Nombre	%
Médecins généralistes	51	8,7
Médecins spécialistes	86	14,7
Pharmaciens	10	1,7
Dentistes	32	5,5
Sages-femmes	2	0,3
Praticiens de l'art infirmier	108	18,5
Kinésithérapeutes	20	3,4
Logopèdes	11	1,9
Orthoptistes	1	0,2
Orthopédistes	1	0,2
Bandagistes	3	0,5
Fournisseurs d'implants, prothèses et appareils divers	6	1,0
Ergothérapeutes	1	0,2
Opticiens	2	0,3
Acousticiens	2	0,3
Groupe de dispensateurs de soins	5	0,9
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	124	21,2
Maisons médicales	1	0,2
Laboratoires agréés	1	0,2
Assurés	92	15,7
Autres	26	4,4
<b>TOTAL</b>	<b>585</b>	

## b. Aperçu de toutes les enquêtes de contrôle clôturées en 2017, suivant la décision

Tableau 3

Type d'enquête	Nombre	%	Montant à charge EUR	Remboursement volontaire EUR
à poursuivre	60	10,3	4.425.678	607.477
avertissement après remboursement volontaire	191	32,7	2.802.549	2.802.549
action pour tiers	108	18,5	185.156	
avertissement	19	3,2	0	
Informatif	64	10,9	0	
Négatif	119	20,3	0	
Signalement sans suite	24	4,1	0	
<b>Total</b>	<b>585</b>		<b>7.413.383</b>	<b>3.410.026</b>

### Explications à propos du tableau 3 :

- ✦ En ce qui concerne les enquêtes où une infraction a été constatée, plusieurs traitements sont possibles :
  - ✧ le dossier peut être renvoyé au Fonctionnaire-dirigeant ou à la Chambre de première instance ;
  - ✧ le dossier peut être clôturé sans renvoi après un remboursement volontaire total ;
  - ✧ le dossier peut être renvoyé à des tiers (lorsque d'autres instances sont compétentes), tels que :
    - le Service du contrôle administratif,
    - l'Auditeur du travail,
    - le Procureur du Roi,
    - l'Ordre des médecins,
    - l'AFMPS,
    - ...

Notez qu'une procédure n'est introduite que pour un nombre restreint de dossiers.

- ✦ Dans le cadre des catégories '*avertissement*' et '*avertissement avec remboursement volontaire*', nous n'entamons pas de procédure auprès du Fonctionnaire-dirigeant ou des juridictions administratives, mais nous envoyons au dispensateur de soins/à l'instance de soins un avertissement avec le cas échéant l'invitation à procéder à un remboursement volontaire du montant indu.
- ✦ La catégorie '*informative*' concerne les enquêtes de contrôle que nous clôturons sans constater d'infraction, après audition du déclarant et/ou du dispensateur de soins.
- ✦ La catégorie '*négative*' comprend les cas où :
  - ✧ la plainte tombe hors compétences du SECM ;
  - ✧ les soupçons d'erreurs ou de fraude ne sont pas fondés ou prouvés.

### c. Origine des enquêtes de contrôle clôturées

Parmi les enquêtes de contrôle clôturées :

- ✦ 259 enquêtes faisaient suite à une idée ou à une initiative propre du SECM ;
- ✦ 326 enquêtes faisaient suite à un signalement externe (Tableau 4).

Par '*idée ou initiative propre*', nous entendons les propositions internes formulées par les membres du personnel qui sont basées sur des analyses de risques propres et le datamining (= proactif).

Par '*signalements*' externes, nous entendons les plaintes, les questions, les renvois, etc. qui n'émanent pas du SECM.

**Tableau 4**

Origine	Nombre d'enquêtes de contrôle	Montant à charge (EUR)
signalement	326	<b>1.904.458</b>
propre initiative du SECM	259	<b>5.508.925</b>

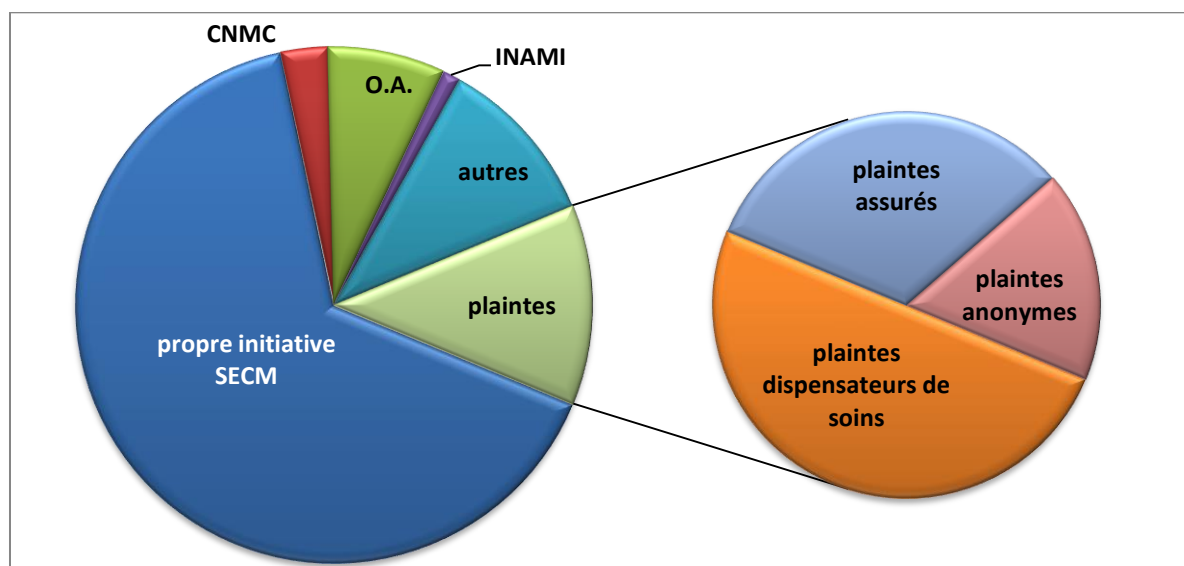
Dans 279 enquêtes de contrôle clôturées, un montant était à charge. Dans 216 enquêtes, un remboursement volontaire partiel ou total a été effectué.

Ce qui est frappant, c'est qu'une initiative du SECM lui-même est à l'origine de 66 % des enquêtes de contrôle dans le cadre desquelles un montant a été imputé (Illustration 3). Ces enquêtes étaient également responsables de 74 % du montant total à charge (Illustration 4).

Cela démontre l'importance de notre approche proactive par le biais d'analyses de risques propres et du datamining.

À titre de comparaison : enquêtes de contrôle sur la base de signalements des

- ✦ O.A. et du Collège national des médecins-conseils (CNMC)
  - ✧ 10 % des enquêtes de contrôle avec un montant à charge,
  - ✧ 5 % du montant total à charge.
- ✦ assurés, dispensateurs de soins et institutions :
  - 12 % des enquêtes de contrôle avec un montant à charge,
  - 9 % du montant total à charge.



**Illustration 3: Nombre d'enquêtes de contrôle avec un montant à charge, selon l'origine**

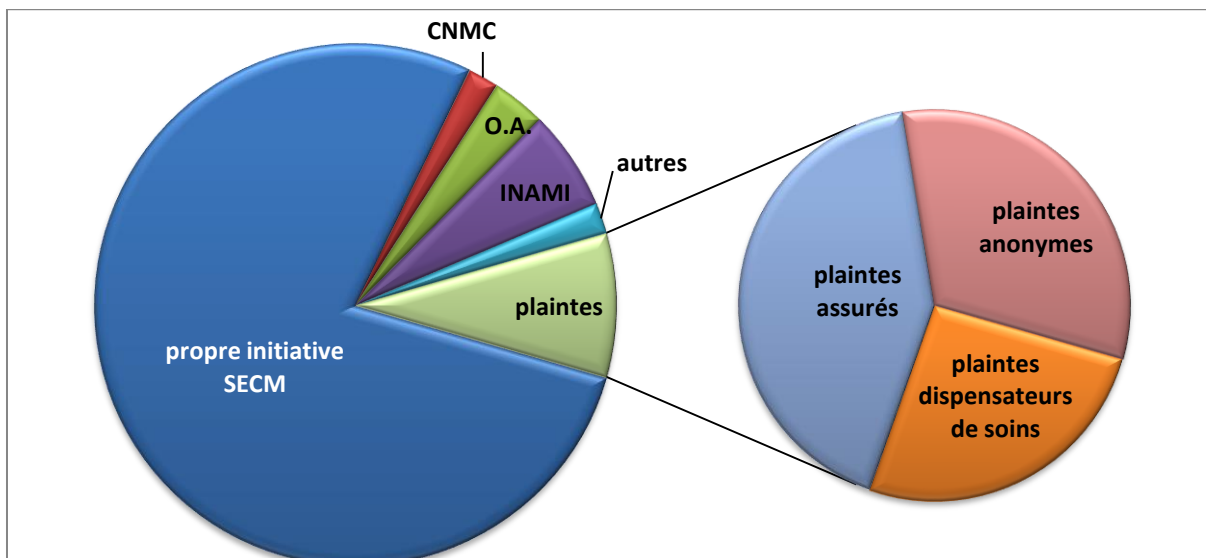


Illustration 4: Montant à charge, selon l'origine de la visite de contrôle

#### d. Infractions constatées

Le nombre total d'infractions constatées en 2017 s'élève à **959.224**.

Une même prestation peut faire l'objet de plusieurs infractions.

Exemples :

- ✦ Une prestation non effectuée en art infirmier fait l'objet d'un grief. Pour cette prestation non effectuée il n'y a pas non plus de dossier infirmier. Tant la prestation non effectuée que le dossier infirmier manquant constituent des infractions.

#### e. Evolution 2011-2017

Le nombre d'enquêtes de contrôle clôturées a presque diminué de moitié depuis 2014 (Illustration 5).

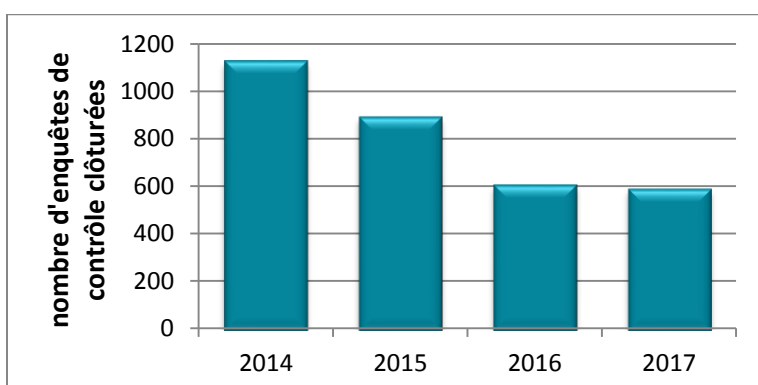


Illustration 5

Quelques explications :

- ✦ **Ressources limitées**

Le nombre d'agents a diminué de 30 % en 5 ans. Une réorganisation interne du SECM était nécessaire pour contrecarrer cette diminution.

✦ **L'instauration du filtre en février 2015**

Le Filtre est une cellule qui analyse des signalements et des idées et y donne une certaine priorité.

L'analyse par le Filtre a par exemple permis de diminuer le 'nombre d'enquêtes de contrôle négatives' de 462 en 2015 à 119 en 2017. Le Filtre accroît ainsi la précision de notre activité de contrôle.

Le BOD renvoie alors les signalements et idées analysés aux directions et/ou services appropriés.

✦ **Davantage d'investissement dans le screening et l'analyse de données**

La cellule 'analyse des données' effectue une première analyse sur les données de facturation des O.A. La cellule 'screening' effectue par la suite une analyse sur le plan du contenu afin de détecter des anomalies.

✦ **Une collaboration plus étroite entre les différentes directions**

Cette collaboration plus étroite permet une approche multidisciplinaire. La mise en œuvre simultanée d'actions préventives, analytiques et répressives accroît l'impact du SECM malgré une limitation de ses moyens.

✦ **Davantage d'enquêtes thématiques**

Grâce à l'approche thématique, le SECM peut se concentrer sur les contrevenants les plus importants. Auparavant, une plainte suffisait pour faire démarrer une enquête individuelle qui demandait un travail intensif pas toujours en rapport avec l'importance de l'infraction éventuelle.

✦ **L'envoi plus rapide de l'invitation au remboursement volontaire**

Le raccourcissement du délai entre le constat de l'infraction et l'invitation au remboursement volontaire mène à plus de remboursements volontaires.

Les 585 enquêtes de contrôle précitées peuvent être réparties de diverses manières :

- ✦ contrôles thématiques versus contrôles individuels,
- ✦ pharmaciens versus autres professions,
- ✦ fraude versus absence de fraude.

## 2. Contrôles thématiques

Les contrôles thématiques consistent à étudier, à l'échelon national, un aspect donné de la pratique d'un groupe de dispensateurs de soins. Cette approche favorise la détection uniforme d'infractions et un suivi identique des constatations. Par rapport aux moyens débloqués, l'impact des contrôles thématiques est plus grand que celui des contrôles individuels. Par ailleurs, les dispensateurs de soins estiment que cette méthode est plus objective et fait disparaître l'image du malchanceux.



## Contrôle thématique 1 : Profils praticiens de l'art infirmier

Chaque année, nous constatons qu'un certain nombre (180-200) de praticiens de l'art infirmier à domicile attestent pour plus de 200.000 EUR de prestations. Étant donné qu'il est peu probable que ces prestations soient toujours correctement attestées, le SECM mène des enquêtes de contrôle sur un grand nombre de ces profils élevés. L'objectif est de :

- ✦ détecter des prestations non effectuées et attestées indûment, récupérer le montant attesté indûment et avoir un effet proactif sur le comportement de prescriptions futurs ;
- ✦ donner un signal au groupe de praticiens de l'art infirmier à domicile que nous détectons ces infractions, ce qui peut entraîner une récupération et des sanctions éventuelles.

Nous avons analysé les profils de praticiens de l'art infirmier à domicile via la banque de données de prestations attestées par les dispensateurs de soins.<sup>2</sup> Après analyse des profils, nous avons déterminé quels praticiens de l'art infirmier à domicile nous allons d'abord contrôler.

Pour chaque enquête de contrôle, nous avons demandé les données d'attestation auprès des O.A. Après analyse de ces données, nous avons à chaque fois entendu les assurés, les témoins et le dispensateur de soins.

### Résultats

Depuis juillet 2015, 51 enquêtes de contrôle 'profils élevés de praticiens de l'art infirmier à domicile' ont été ouvertes. Presque toutes les enquêtes de contrôle ont abouti à une prise en charge.

En 2017, nous avons clôturé 10 dossiers de contrôle pour une prise en charge totale de 1.256.145 EUR. Bon nombre de ces enquêtes nécessitent ensuite des procédures de longue durée qui requièrent beaucoup de temps pour les juridictions administratives.

Pour un quart des enquêtes de contrôle 'profils élevés de praticiens de l'art infirmier à domicile' clôturées en 2017, il s'agissait de prestations non effectuées. Au total, un montant de 310.893 EUR a été pris en charge pour des prestations non effectuées.

Pour ce qui est des enquêtes de contrôle clôturées relatives aux prestations non conformes, nous avons principalement constaté un surscorage du degré de dépendance de l'assuré.

### Suivi ultérieur et propositions

Nous continuons de suivre ces dispensateurs de soins ayant des profils élevés au cours des années qui suivent la constatation.

Année après année, nous inventorions et analysons l'ensemble des praticiens de l'art infirmier à domicile ayant des profils élevés.

Le SECM recherche aussi activement des mesures supplémentaires afin de lutter contre l'attestation de telles prestations non effectuées et non conformes. La lecture obligatoire de l'eID complique l'attestation des prestations non effectuées.

L'instauration d'un plafond d'attestation pour les praticiens de l'art infirmier à domicile pourrait être une mesure restrictive de fraude.

---

<sup>2</sup>article 348 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

## **Contrôle thématique 2 : Répétition de holters (code 476254)**

Un monitoring de holter est un appareil d'électrocardiogramme portable et compact. Il enregistre l'activité électrique du cœur pendant une longue période de temps (au moins 24 heures). Cela permet au médecin d'examiner le rythme cardiaque du patient dans le cadre de ses activités quotidiennes normales et de détecter souvent des troubles du rythme cardiaque qui ne sont pas visibles sur un électrocardiogramme de base qui vise lui une courte période de temps.

Pour les examens avec le monitoring de holter, le médecin peut utiliser différents codes de nomenclature dont le code 476254 (ambulante), avec le libellé<sup>3</sup> :

*Monitoring de Holter : analyse électrocardiographique continue pendant 24 heures au moins, au moyen d'un appareil portable, y compris la consultation lors de la pose et de l'enlèvement de l'appareil, avec protocole et possibilité de reproduire une partie des tracés*

Au cours d'une enquête individuelle, nous avons constaté que le code 476254 était facturé plusieurs jours de suite. Il s'agit d'une infraction, car la nomenclature indique clairement que la surveillance prend « au moins » 24 heures. Cela signifie que si l'examen dure plus de 24 heures, le code ne peut pas être refacturé.

Pour l'hospitalisation, il existe une règle interprétative (01 de l'art. 20 §1e). Cette règle interprétative permet de recommencer le monitoring pendant la même période d'hospitalisation après une interruption si cela est médicalement justifié.

L'objectif de cette enquête thématique était de déterminer au niveau national si les codes 476254 et 476265 ont été facturés souvent plusieurs jours de suite.

Nous avons demandé aux Organismes Assureurs toutes les données de facturation des codes 476254 et 476265 pour la période (date de prestation) du 1er janvier 2014 au 26 mars 2016 et date de réception du 19 mars 2014 au 3 mai 2016.

Nous avons ensuite analysé les données par code, par prestataire de soins et par hôpital.

L'analyse globale a montré que c'est principalement le code ambulatoire 476254 qui a été facturé plusieurs jours de suite.

Nous avons trouvé peu de répétitions pour le code hospitalier 476265, mais nous avons vu que certains hôpitaux facturaient souvent ce code.

Après l'analyse, nous avons ouvert 20 dossiers d'enquête :

- ✦ les 7 hôpitaux et 5 prestataires, qui facturaient le code 476254 le plus fréquemment ;
- ✦ les 7 hôpitaux, qui facturaient le code 476265 le plus fréquemment.

Nous avons auditionné les responsables des services de cardiologie (pour les hôpitaux) ou les prestataires individuels. Nous les avons interrogés sur la facturation répétitive de ces codes et également demandé de produire les protocoles et les tracés.

Pour le code 476265, l'analyse des données et les renseignements obtenus en audition dans les 7 hôpitaux ont fait l'objet d'un rapport d'étude.

Pour le code 476254, des dossiers d'enquête ont été ouverts.

Nous avons constaté que les 7 hôpitaux et les 5 prestataires ont facturé des répétitions de codes 476254 injustifiées.

---

<sup>3</sup> Article 20 §1 e de l'annexe de l'Arrêté royal de 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Des Procès-verbaux de constat de non-conformité ont été formulés pour la période de janvier 2015 à novembre 2016 (actualisation des données des Organismes Assureurs de départ) pour un indu total de 432.248 EUR. Les prestataires ont volontairement remboursé l'indu total.

Le résultat de l'enquête est conforme aux attentes. Le code 476254-476265 devra être réévalué dans l'avenir, un changement du libellé du code ou une suppression de ce code pourrait être envisagé.

### 3. Pharmaciens

#### a) Contrôle « code-barres unique » (CBU)

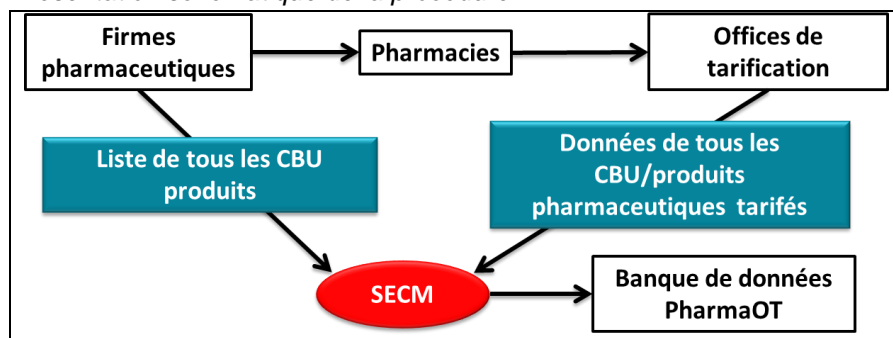
Le 1<sup>er</sup> janvier 2005, le code-barres unique (CBU) a été instauré. Ce système permet au SECM de mieux contrôler les dépenses des spécialités pharmaceutiques remboursées par l'assurance maladie.

#### Fonctionnement des CBU

Le CBU est un numéro unique qu'on retrouve sous forme de code-barres sur pratiquement tous les conditionnements de spécialités pharmaceutiques remboursées par l'assurance maladie (exceptions : notamment les contraceptifs pour les femmes de moins de 21 ans et les préparations magistrales).

Les pharmaciens lisent ce CBU lorsqu'ils délivrent un médicament. Les offices de tarification, qui sont chargés d'établir les factures des officines à l'attention des O.A., envoient les données statistiques du CBU au SECM. En outre, les firmes qui commercialisent des médicaments remboursables sur le marché belge, fournissent chaque trimestre au SECM les fichiers contenant les CBU des médicaments remboursables qui ont été mis sur le marché.

*Présentation schématique de la procédure :*



Chaque année, l'assurance maladie rembourse des spécialités pharmaceutiques avec CBU pour environ 2,6 milliards d'euros. La procédure décrite ci-dessus permet au SECM de contrôler ce budget de manière synoptique.

Auparavant, on démarrait généralement une enquête à la suite d'une plainte d'un confrère pharmacien. Étant donné que nous ne pouvions pas situer le pharmacien en question par rapport aux autres officines belges, nous pouvions difficilement évaluer l'étendue et l'authenticité de la plainte. Cela a souvent engendré des enquêtes inutiles avec peu - voire aucun - résultat.

Grâce à l'instauration du CBU, nous disposons toutefois d'un tel aperçu global du profil de lecture de toutes les officines en Belgique. L'analyse de ces données (émanant de la banque de données PharmaOT) nous permet de détecter plus efficacement les officines avec des profils de lecture de CBU et de les soumettre à un contrôle ciblé.

L'instauration du CBU est donc également positive pour la profession elle-même. Les pharmaciens qui travaillent correctement, ne seront plus contrariés par des contrôles sur la base de plaintes non fondées.

Depuis le début du contrôle du CBU, aucun résultat déviant n'a été observé dans un moins 98 % des conditionnements tarifés.

Dans les 2 % restants, nous constatons 4 types d'irrégularités :

- ✦ CBU non lus.
- ✦ Un même CBU est lu plusieurs fois dans la même officine.
- ✦ Un même CBU est lu plusieurs fois dans plusieurs officines.
- ✦ Le check digit (nombre de contrôle dans le CBU) du CBU mentionné est erroné.

Ces irrégularités peuvent être un signe de fraude, mais nous tenons également compte du fait qu'un oubli ou une négligence peut les expliquer.

Nous soumettons à un contrôle uniquement les officines pour lesquelles nous constatons une forte déviation du profil de lecture moyen.

**Tableau 5**

Contrôle CBU (= 24 mois)	Premier contrôle : oct 2006 – sept 2008	Contrôle le plus récent : juillet 2015 - juin 2017	Augmentation/diminution % contrôle le plus récent vs premier contrôle
Nombre d'officines concernées	5.190	4.976	
Nombre total de lignes de tarification	234.500.000	219.899.411	
Nombre de lignes de tarification qui doivent être pourvues d'un CBU	208.145.087	207.534.826	
% de CBU corrects et de CBU correctement lus	98 %	98,86 %	+ 1 %
% sans CBU	1,42 %	1,07 %	- 25 %
% du nombre de CBU en lecture double dans la même officine	0,22 %	0,06 %	- 73 %
% de CBU identiques présents dans différentes officines	0,31%	0,03 %	- 90 %
% de CBU avec check digit erroné	0,05 %	0,01 %	- 80 %

Depuis les premiers contrôles il y a 10 ans, le nombre d'irrégularités que nous constatons a fortement diminué (Tableau 5).

Ainsi, le pourcentage d'officines qui ne scannent pas diminue entre autres de 25 %. Cela signifie qu'un plus grand nombre de CBU est lu et que les contrôles peuvent être plus nombreux.

Le pourcentage de CBU en lecture double dans la même officine a également diminué de 73 %, et de 90 % dans plusieurs officines.

L'assurance maladie obligatoire doit donc verser moins de remboursements attestés indûment.

Grâce au système du CBU et de la banque de données pharmaOT, le SECM a un aperçu permanent du remboursement des spécialités pharmaceutiques délivrées dans les officines pharmaceutiques en Belgique. Ce système étanche veille également à ce que les pharmaciens aient maintenant moins vite tendance à frauder car ils savent que le CBU est contrôlable de façon aussi efficace.

Le CBU est et reste donc un instrument efficace qui permet :

- ✦ de contrôler la délivrance effective de médicaments,
- ✦ d'identifier des profils déviants entre les officines.

## b) Analyse des profils déviants dans les fichiers 'Séjours hospitaliers anonymes' et 'Hospitalisation de jour anonyme' (SHA/HJA)

L'INAMI collecte des données par séjour hospitalier dans des fichiers statistiques. Il y a 2 types de fichiers :

- ✦ les fichiers SHA (Séjours hospitaliers anonymes) reprenant les détails anonymisés des dépenses des séjours hospitaliers classiques dans les hôpitaux généraux.
- ✦ les fichiers HJA (Hospitalisations de jour anonyme) reprenant les mêmes données pour les hospitalisations de jour.

Chaque année, le SECM analyse les prestations, implants et médicaments attestés dans ces fichiers SHA/HJA afin de détecter de manière proactive les irrégularités dans la tarification.

Afin d'analyser les médicaments, nous les classons par CNK (code nationa(a)l codenummer) <sup>4</sup> selon la quantité et le prix. Nous classons également les implants et les prestations d'une manière similaire.

Le SECM mène ensuite une enquête de contrôle en cas de profils déviants.

Quelques exemples de profils déviants éventuels :

- ✦ 5 stimulateurs cardiaques ont été attestés chez un patient au cours d'une même journée.
- ✦ Attestation de plus de 3.000 ampoules de dexmédétomidine au cours d'une seule journée.

Au cours des quatre dernières années, dans le cadre de cette enquête thématique, 114 enquêtes de contrôle ont été ouvertes pour un montant total à charge de 1.724.657 EUR (Tableau 6).

Les enquêtes négatives reproduites comprennent également les enquêtes dans le cadre desquelles l'hôpital rectifie lui-même les erreurs lors de l'attestation de médicaments ou d'implants en les créditant aux O.A.

**Tableau 6: Aperçu des enquêtes de contrôle pour les profils déviants dans les fichiers SHA/HJA**

	Fichiers analysés*	Nombre d'enquêtes de contrôle	Montant à charge (EUR)	Enquêtes négatives
2014	SHA20 / HJA9	15	359.607	0
2015	SHA21 / HJA10	21	405.466	7
2016	SHA22 / HJA11	29	566.035	4
2017	SHA23 / HJA12	49	393.549	19

\*Chaque fois que les fichiers sont mis à jour, un nouveau numéro de version est ajouté.

En 2017, 49 enquêtes de contrôle au total ont été ouvertes avec un montant à charge total de 393.549 EUR (Tableau 7).

<sup>4</sup> Le code nationa(a)l codenummer (CNK) est octroyé à tous les médicaments et produits pharmaceutiques qui sont délivrés dans les officines. Le CNK est un numéro administratif. Il est octroyé à tout produit sur la base de ses : nom, forme galénique, composition, dosage, conditionnement, autorisation de mise sur le marché

**Tableau 7: Enquêtes de contrôle ouvertes pour les profils déviants dans les fichiers SHA/HJA en 2017, selon la province/région**

Province ou région	Nombre d'enquêtes de contrôle	Montant à charge (EUR)
Anvers	6	69.350
Région de Bruxelles-Capitale	1	1.309
Brabant wallon	9	89.566
Hainaut	8	141.298
Liège	3	41.946
Limbourg	5	18.264
Luxembourg	1	6.687
Namur	1	3.131
Flandre orientale	4	18.043
Brabant flamand	8	2.054
Flandre occidentale	3	1.902
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>393.549</b>

Conclusion:

Une telle analyse des fichiers SHA/HJA est et reste utile et efficace pour détecter et rectifier des erreurs de facturation commises par les hôpitaux.

**c) Autres projets des pharmaciens-inspecteurs :**

- ✦ Détection des profils pharmaceutiques déviants (PharmaOT) sur la base des fichiers intégrés : pharmaciens, médecins, assurés
- ✦ Enquête thématique implants et dispositifs médicaux invasifs (art. 35, art. 35 bis) : screening et contrôle des attestations de médicaments, bandagisterie
- ✦ Répondre aux questions et transmettre des informations :
  - ✧ à l'AFMPS
  - ✧ à la Commission médicale provinciale
  - ✧ à l'Ordre des médecins
  - ✧ à la Justice

## 4. Le SECM et la lutte contre la fraude

Nous travaillons avec les autres services de l'INAMI et avec les O.A. pour des enquêtes de fraude concrètes et pour une sécurité structurelle des processus sensibles à la fraude.

Après l'enquête, seule une petite partie des enquêtes de contrôle portent sur la fraude telle qu'elle est définie ci-après.

### a) Définition de la fraude

Le *European healthcare fraud and corruption network* (EHFCN) définit la fraude comme suit : « L'acquisition illégale d'un avantage de quelque nature que ce soit, par une infraction consciente et intentionnelle à la réglementation ». <sup>5</sup> Il y a une différence importante avec d'autres constatations possibles telles que l'abus, les fautes et la corruption.

Le caractère intentionnel est donc essentiel pour pouvoir parler de fraude mais dans la pratique, il n'est pas aussi simple de l'établir. Ce caractère intentionnel n'est pas non plus une condition légale pour clôturer nos enquêtes de contrôle ni pour déterminer la sanction.

Etant donné que des dispensateurs de soins ou des assurés fraudeurs ont par définition l'intention de frauder, nous pouvons nous attendre, dans une plus large mesure, à une récurrence dans le chef de ceux-ci. C'est pourquoi, il est essentiel d'identifier ce groupe spécifique et de le suivre de manière proactive.

Afin de concrétiser le suivi des fraudeurs, le SECM qualifie e.a. les cas suivants de fraude :

- ✦ prestations non effectuées pour plus de 3.000 EUR (à l'exception des erreurs administratives) ;
- ✦ prestations non conformes pour plus de 25.000 EUR avec des indications claires de facturation illégale intentionnelle ;
- ✦ fraude commise par des assurés avec un montant à charge (traité par le SCA) ;
- ✦ récurrence de surconsommation.

### b) Enquêtes de contrôle clôturées en 2017

Des 585 enquêtes de contrôle au total qui ont été clôturées, 97 concernent des enquêtes en matière de fraude pour un montant total à charge de 5.025.755 EUR (tableau 8). Dans 65 % des dossiers de fraude, il s'agit essentiellement de prestations non effectuées.

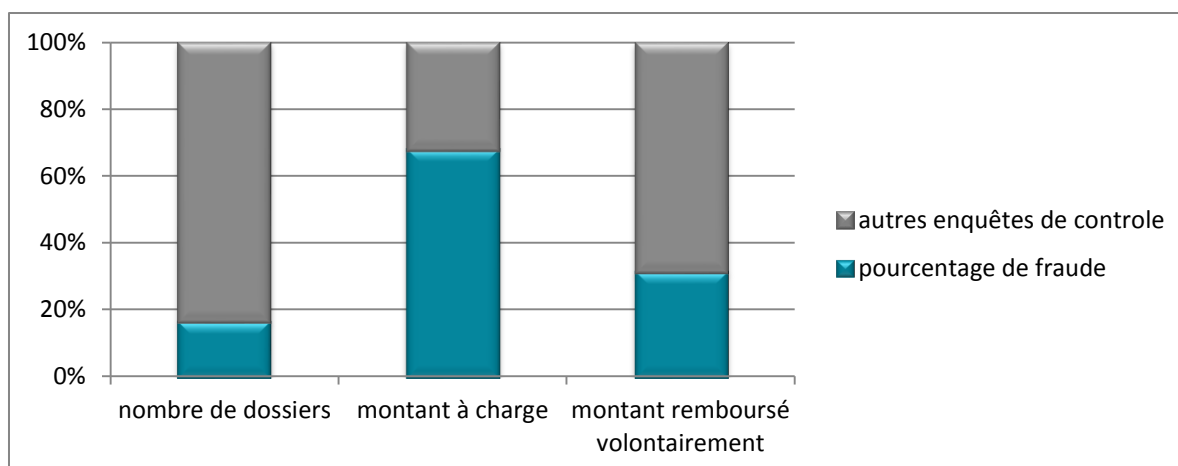
**Tableau 8: Aperçu des enquêtes en matière de fraude clôturées en 2017, suivant le type de fraude**

Type de fraude	Nombre d'enquêtes	Indu (EUR)	Remboursements volontaires (EUR)
Prestations non effectuées	63	3.422.952	334.063
Prestations non conformes	34	1.602.803	733.499
<b>Total</b>	97	5.025.755	1.067.562

Les enquêtes en matière de fraude représentent 17 % des enquêtes de contrôle clôturées, 68 % du montant imputé et 31 % du montant remboursé volontairement (Illustration 6).

<sup>5</sup> Voir l'EHFCN waste typology.

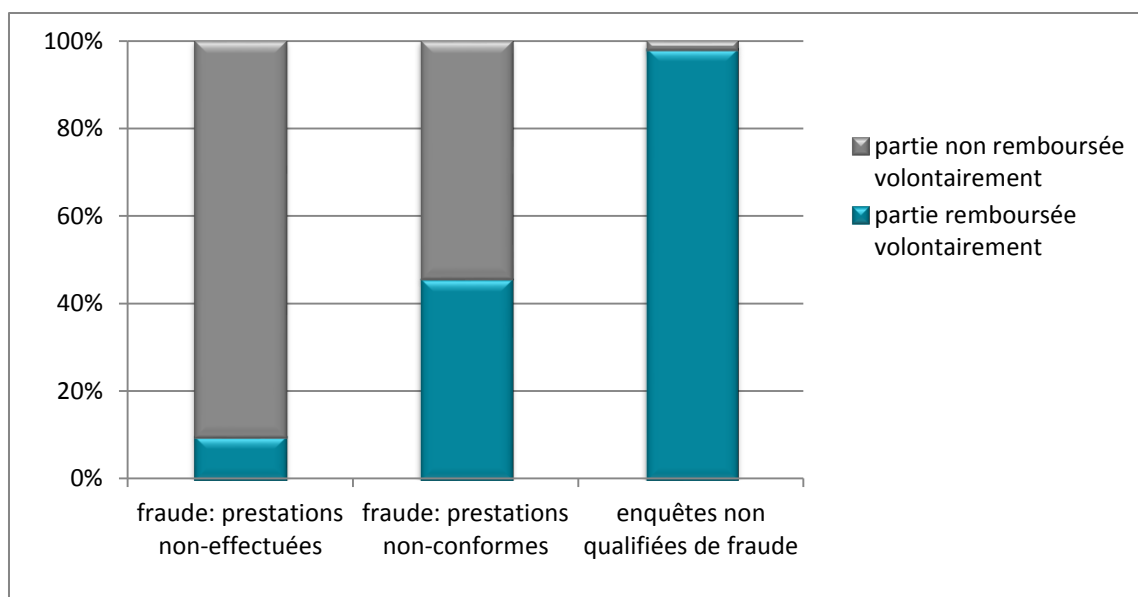




**Illustration 6: Pourcentage de fraude en 2017 par rapport à l'ensemble des enquêtes de contrôle.**

21 % du montant imputé dans les enquêtes en matière de fraude sont remboursés volontairement. Pour les cas de fraude concernant des prestations non effectuées, le remboursement volontaire se limite à 10 % du montant imputé. (Illustration 7).

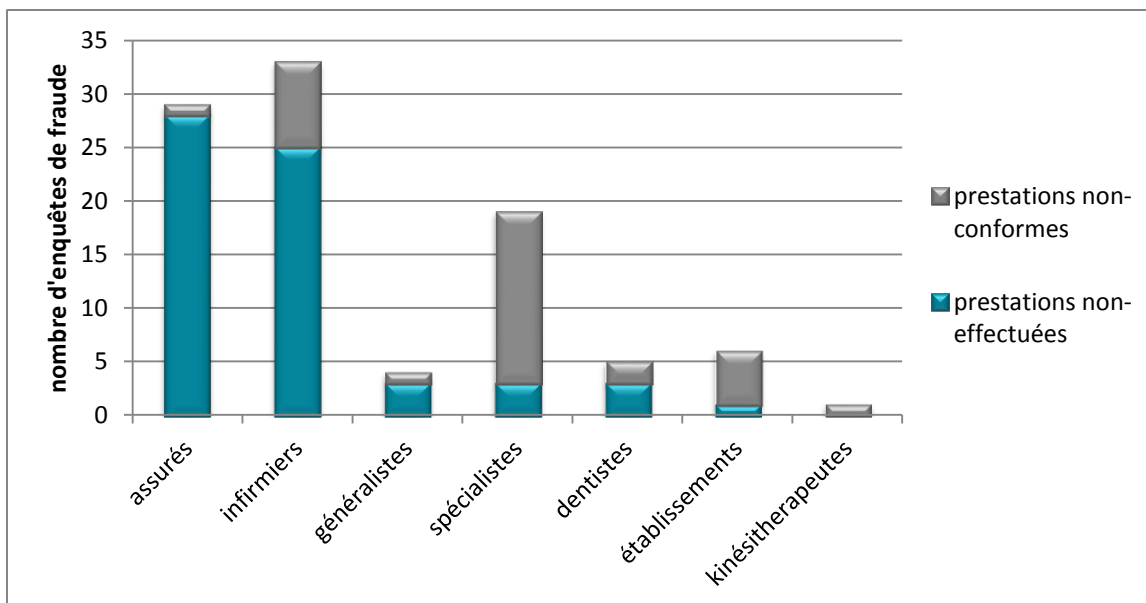
À titre de comparaison : dans le groupe des enquêtes de contrôle qui ne sont pas qualifiées de fraude, pas moins de 98 % de l'indu est remboursé volontairement.



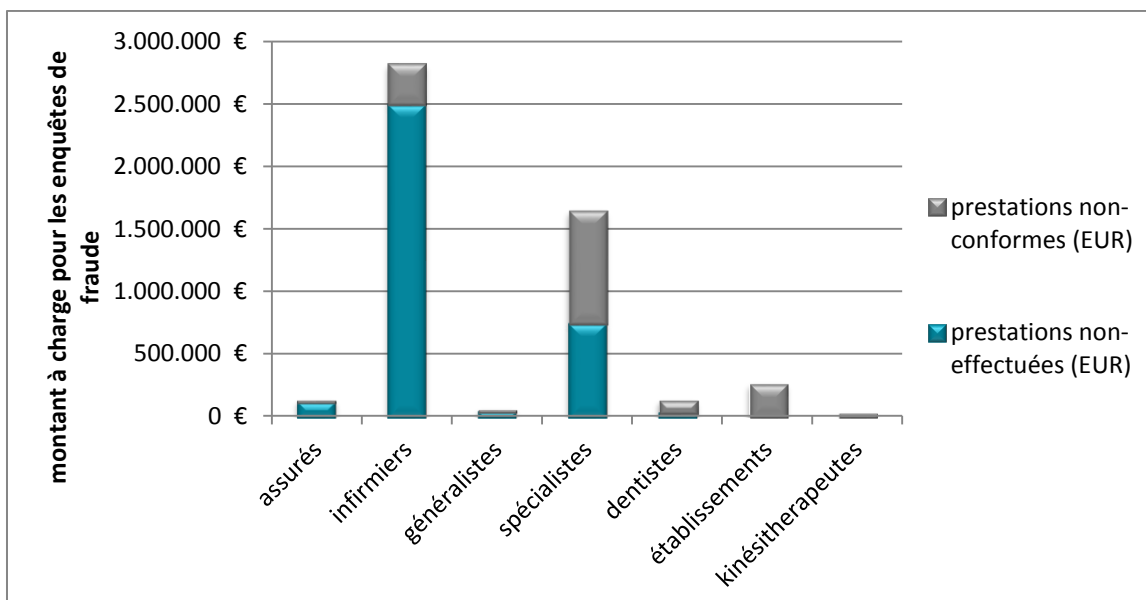
**Illustration 7: Part remboursée volontairement par rapport au montant imputé par type de fraude**

### c) Qui fraude

- ✦ 33 **praticiens de l'art infirmier** à domicile représentent 34 % du nombre d'enquêtes en matière de fraude et 56 % du montant reproché dans toutes ces enquêtes en matière de fraude (Illustration 8, Illustration 9).
- ✦ Avec 19 enquêtes, les **spécialistes** sont classés 2<sup>ième</sup> en ce qui concerne le montant imputé dans les enquêtes en matière de fraude.
- ✦ Il y a 29 enquêtes en matière de fraude (30 %) d'**assurés** (fausses prescriptions et fausses attestations de soins donnés), mais dans chaque enquête, il ne s'agit que d'un montant à charge relativement limité.



**Illustration 8: nombre d'enquêtes par groupe concerné et par type d'infraction**



**Illustration 9: montant imputé par groupe concerné**

**d) Suspension du paiement via le tiers payant**

L'article 77sexies de la loi coordonnée<sup>6</sup> offre la possibilité de suspendre temporairement le paiement de prestations via le régime du tiers payant pour une période maximale de 12 mois. Il s'agit là d'une mesure supplémentaire qui permet de mettre un frein aux fraudeurs entêtés - qui font volontiers usage du régime du tiers payant - tandis que le personnel d'inspection mène l'enquête sur le fond et formule, le cas échéant, un grief formel.

En 2017, le Fonctionnaire-dirigeant du SECM a suspendu temporairement le paiement de neuf numéros de tiers payant concernant six fraudeurs. Sept de ces numéros concernent des praticiens de l'art infirmier à domicile (Tableau 9).

<sup>6</sup> Loi SSI du 14 juillet 1994

**Tableau 9: Aperçu des suspensions du paiement via le tiers payant (art 77sexies)**

Suspension	Début suspension	Fin suspension	Type	Responsable présumé*
1	22-07-2016	21-07-2017	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	A
2	15-09-2016	14-09-2017	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	B
3	15-09-2016	14-09-2017	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	B
4	04-11-2016	03-11-2017	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	A
5	04-11-2016	03-11-2017	Chirurgien	C
6	17-02-2017	16-02-2018	Praticiens de l'art infirmier à domicile	D
7	17-02-2017	16-02-2018	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	D
8	17-02-2017	16-02-2018	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	D
9	16-03-2017	15-03-2018	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	E
10	27-03-2017	26-03-2018	Kinésithérapeutes	F
11	16-05-2017	15-05-2018	Praticiens de l'art infirmier à domicile	G
12	12-09-2017	11-09-2018	Groupement praticiens de l'art infirmier à domicile	H
13	12-09-2017	11-09-2018	Praticiens de l'art infirmier à domicile	H
14	31-10-2017	30-10-2018	Médecin généraliste	I

\* Les fraudeurs responsables présumés ont parfois plusieurs numéros de tiers payant à leur nom. Dans la dernière colonne de ce tableau, chaque lettre reflète un fraudeur individuel différent.

### e) Impact

Nous suivons les fraudeurs identifiés (dispensateurs de soins) de façon proactive. Nous comparons le montant de prestations attestées de l'année après une constatation avec le montant de prestations attestées avant la constatation. Si ce montant n'a pas diminué, cela peut indiquer que le dispensateur de soins n'a pas adapté son comportement et fraude encore/de nouveau.

Nous possédons entre-temps des données de 101 dispensateurs de soins-fraudeurs (Tableau 10). Nous voyons que leur attestation globale baisse de 5.324.305 EUR après la constatation. Cela correspond pratiquement à l'indu de ce groupe (5.359.439 EUR) et à 3,8 fois le montant du remboursement volontaire.

**Tableau 10: Aperçu de l'impact financier sur le groupe de fraudeurs**

Nombre de dispensateurs de soins	Indu (EUR)	Remboursements volontaires (EUR)	Attestation annuelle (profil annuel)		
			Année avant la constatation (EUR)	Année de la constatation (EUR)	Année après la constatation (EUR)
101	5.359.439	1.388.293	25.581.651	23.022.925	20.257.346

L'année de constatation, nous pouvons également observer une baisse jusqu'à concurrence de 2.558.726 EUR (par une constatation en début d'année et impact par des auditions antérieures). Soit 1,8 fois le montant remboursé volontairement.

Nous continuerons à suivre la situation et examinerons quelle sera la durée de cet impact. Il est d'ores et déjà clair que l'impact financier sur les fraudeurs est beaucoup plus élevé que le montant récupéré via le remboursement volontaire.

Les fraudeurs individuels chez qui nous ne remarquons pas de baisse dans leurs profils annuels seront à nouveau contrôlés par nos soins.

Bien que nous ayons un impact manifeste sur les fraudeurs, le montant total imputé dans les enquêtes en matière de fraude de cette année équivaut à peu près à celui de l'année passée (5.298.846 EUR). On peut l'expliquer comme suit :

- ✦ Il y a une part de récidives chez les fraudeurs;
- ✦ Nous découvrons chaque année aussi d'autres/de nouveaux fraudeurs dans le cadre de nos enquêtes.

**f) Collaboration SCA**

En 2017, le SECM a établi des accords clairs avec le SCA concernant le traitement de la fraude dans le chef des assurés. Ainsi, en cas de fausses prescriptions, le SECM dressera lui-même le PV de constat tandis qu'en cas de fausses attestations de soins donnés, cette tâche incombera au SCA. Dans ces enquêtes, le rôle du SECM se limite à l'audition du ou des dispensateurs de soins concernés.

**g) Collaboration auditeurs**

Plusieurs enquêtes concernant des assurés et des dispensateurs de soins ont été transmises en 2017 à l'auditorat/au parquet. Dans une des grandes enquêtes en matière de fraude, on a collaboré de façon intensive (audition commune) avec la police judiciaire.

**h) Mesures structurelles**

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2017, les praticiens de l'art infirmier à domicile doivent obligatoirement lire l'eID<sup>7</sup> de l'assuré pour chaque prestation attestée. En principe, le taux de 10 % de non-lecture de l'eID ne peut être dépassé, et chaque non-lecture doit être motivée.

**i) Défis pour 2018**

- ✦ poursuivre le développement du plan d'action « Politique de contrôle 2018-2020 » et en assurer le suivi,
- ✦ art. 77sexies : assurer un suivi proactif et dresser un PV de constatation à temps,
- ✦ conclure des accords clairs avec les O.A. pour arriver à plus de synergie,
- ✦ assurer un monitoring eID + suivi proactif de fraudeurs via des indicateurs sur la base de deux nouveaux flux de données,
- ✦ démarrer des contrôles a posteriori sur la base du suivi proactif de profils annuels.

---

<sup>7</sup> AR 21 juillet 2017

### III. RÉCUPÉRATION ET MESURES IMPOSÉES PAR LES ORGANES COMPÉTENTS

Les enquêtes de contrôle clôturées par la mention « à poursuivre » (comme indiqué au tableau 3) seront ouvertes devant l'organe compétent. L'organe compétent et le trajet qui sera précisément suivi dépendront de la ou des infractions constatées.

Les trajets possibles sont d'abord reproduits schématiquement ci-dessous.  
Les différents organes et leurs décisions sont détaillés ensuite.

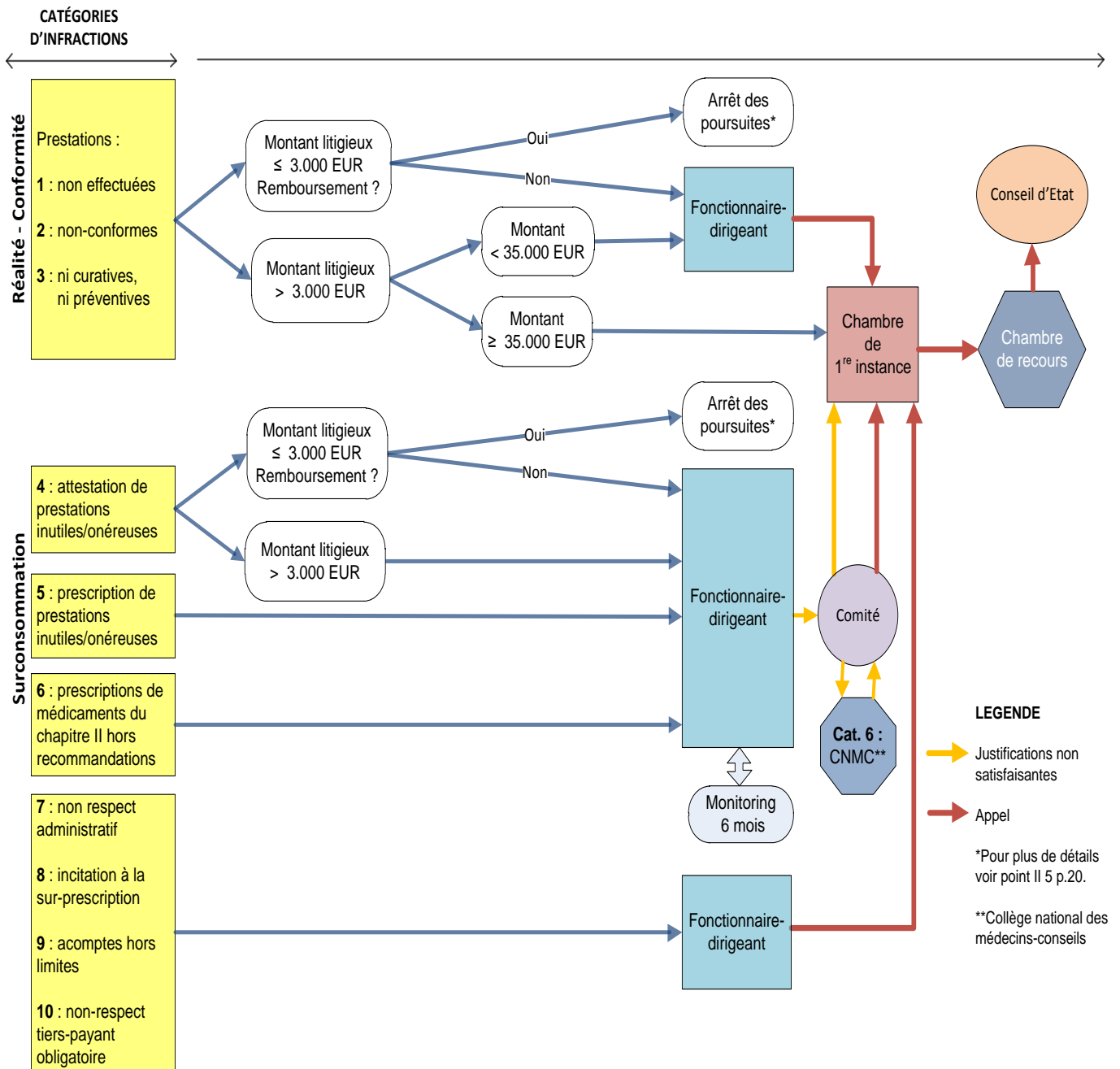
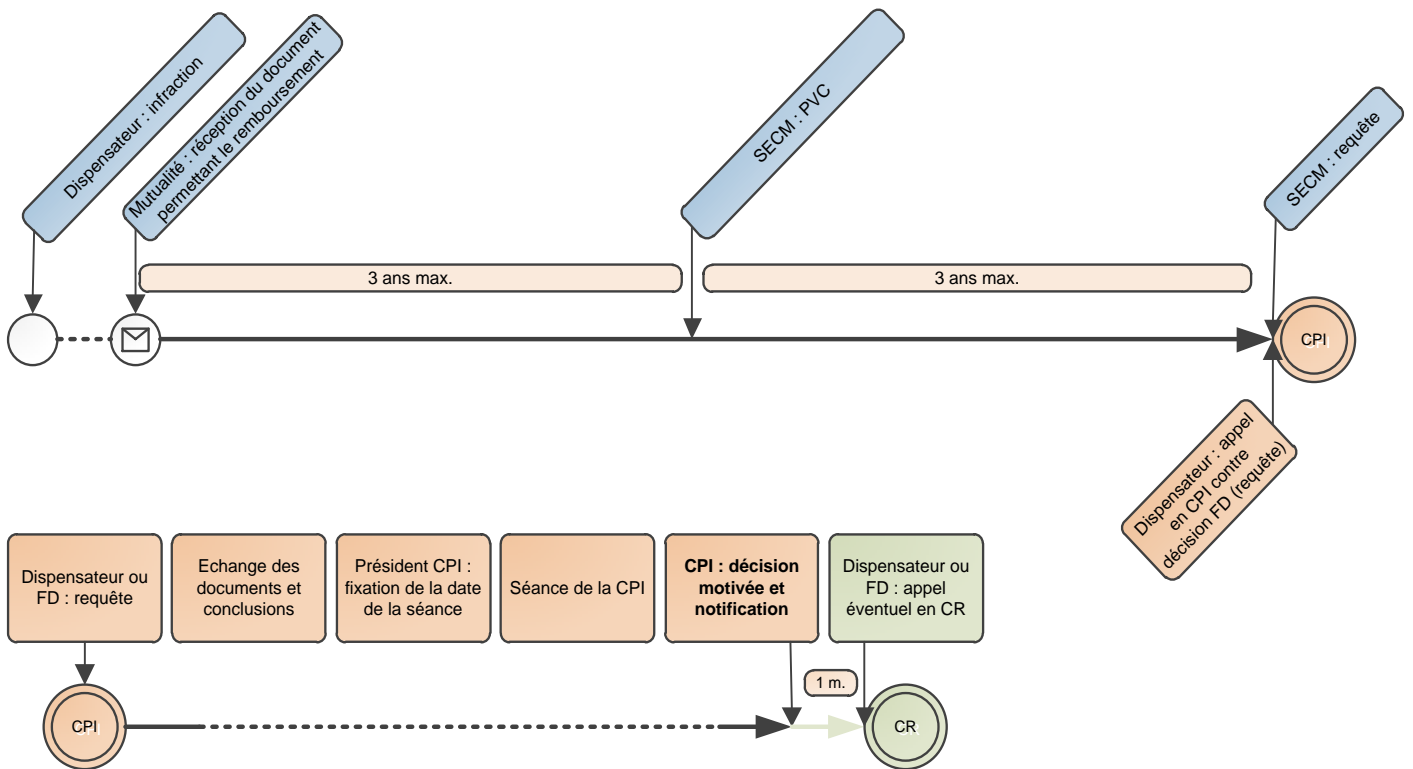
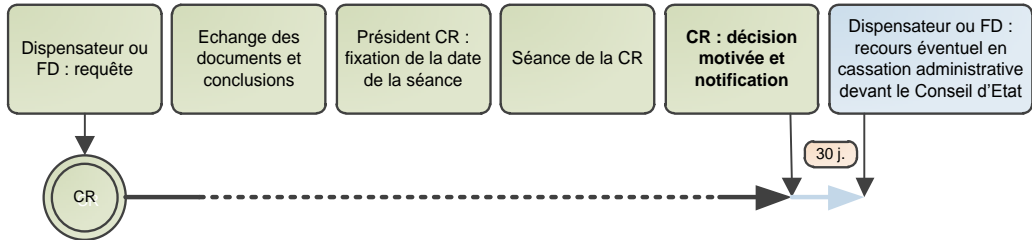


Illustration 10

**PROCEDURE CHAMBRE DE PREMIERE INSTANCE**



**PROCEDURE CHAMBRE DE RECOURS**



**Illustration 11**

## 1. Organes de gestion actifs

### a. Les décisions du Comité du SECM

Les enquêtes de contrôle qui contiennent des indications de surconsommation<sup>8</sup> sont soumises au Comité, afin qu'il puisse prendre la décision de :

- ✦ les classer sans suite ;
- ✦ les clôturer par un avertissement ;
- ✦ charger le Fonctionnaire-dirigeant d'introduire l'affaire devant la Chambre de première instance.

**Nombre de séances : 5**

**Cas de surconsommation : 0**

---

<sup>8</sup> Réaliser ou prescrire des prestations de santé qui sont superflues ou inutilement onéreuses, comme visé à l'article 73bis, 4° et 5° de la loi AMI coordonnée.



## **b. . Les décisions du Fonctionnaire-dirigeant du SECM**

Les lois santé de 2006 donnent au Fonctionnaire-dirigeant le pouvoir de prendre connaissance de certaines constatations à charge de dispensateurs de soins qui ont attesté indûment des prestations à l'assurance maladie obligatoire. Le Fonctionnaire-dirigeant est compétent entre autres, si le dispensateur de soins concerné a attesté des prestations qu'il n'a pas effectuées ou pas conformément à la réglementation, et si la valeur des prestations contestées est inférieure au montant de 35.000 EUR.<sup>9</sup>

Le Fonctionnaire-dirigeant peut, selon le cas, ordonner le remboursement des attestations indues à l'assurance maladie et/ou infliger une amende administrative, avec sursis ou non.

Le tableau 11 présente les données relatives aux décisions prises par le Fonctionnaire-dirigeant durant l'année 2017. Certaines de ces décisions portent sur des enquêtes de contrôle déjà clôturées en 2016.

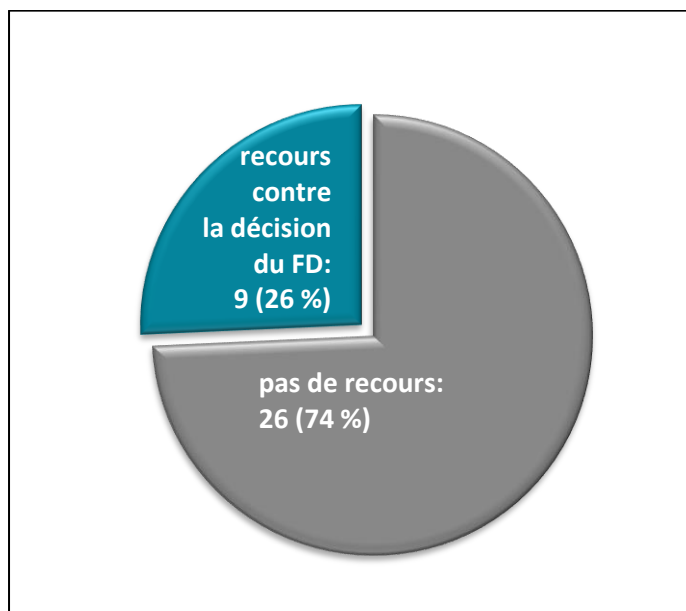
L'illustration 12 en dessous du tableau indique le nombre de décisions du Fonctionnaire-dirigeant contre lesquelles le dispensateur de soins concerné a interjeté appel. La plupart des recours ne portaient pas sur le ou les griefs formulés, mais bien sur la ou les mesures infligées.

---

<sup>9</sup> Article 73bis, 1° et 2° et article 143, § 1<sup>er</sup>, 1°, de la loi AMI coordonnée. En outre, le Fonctionnaire-dirigeant est compétent si le dispensateur de soins a attesté à l'assurance maladie des prestations non préventives, non curatives, à condition que la valeur des prestations contestées soit inférieure à 35.000 EUR (articles 73bis, 3° et 143, § 1<sup>er</sup>, 1°, de la loi AMI coordonnée), si le dispensateur de soins a rédigé des documents irréguliers sans qu'il soit porté préjudice aux conditions de remboursement (articles 73bis, 7° et 143, § 1<sup>er</sup>, 2°, de la loi AMI coordonnée) et si le dispensateur de soins a incité un autre dispensateur de soins à prescrire ou à réaliser des prestations superflues ou inutilement onéreuses (articles 73bis, 8° et 143, § 1<sup>er</sup>, 2°, de la loi AMI coordonnée).

**Tableau 11: les décisions prises par le Fonctionnaire-dirigeant en 2017**

Compétence du dispensateur de soins	Décisions	Indu	Remboursements volontaires avant la décision	Décisions			Montants		
				Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis	Payés en exécution de la décision	Total payés	
				1	2	3	4	5	1+5
				Nombre	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Médecins généralistes	6	86.832	33.151	82.436	63.173	29.488	73.748	106.899	
Médecins spécialistes	8	691.028	674.052	691.028	381.291	363.846	381.291	1.055.344	
Pharmaciens	2	41.182	17.300	41.144	61.716	0	6.000	23.300	
Infirmiers	15	438.927	234.454	433.164	315.836	150.116	50.375	284.829	
Kinésithérapeutes	1	22.025	22.025	22.025	22.025	0		22.025	
Logopèdes	1	18.804	212	18.044	9.434	9.022		212	
Autres	2	38.969	1.834	38.969	18.371	18.371		1.834	
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>1.337.767</b>	<b>983.027</b>	<b>1.326.810</b>	<b>871.846</b>	<b>570.843</b>	<b>511.414</b>	<b>1.494.443</b>	



**Illustration 12**

## 2. Les juridictions administratives

### a. Les décisions des Chambres de première instance

Les Chambres de première instance sont des juridictions administratives. Elles se composent d'une Chambre qui connaît de toutes les affaires qui doivent être traitées en néerlandais, et d'une Chambre qui connaît des affaires qui doivent être traitées en français et en allemand.

Les Chambres de première instance sont constituées d'un président ayant voix délibérative, qui est magistrat (ou magistrat retraité), et de quatre membres ayant voix délibérative, dont deux membres, médecins, sur proposition des O.A. et deux membres sur proposition du groupe professionnel du dispensateur de soins concerné. Les membres siègent toujours en leur nom propre, et non comme représentant de l'organisation qui les a présentés. Ils jugent donc librement et à leur discrétion, et n'ont pas d'instructions à recevoir de l'O.A. ou du groupe professionnel qui les a présentés.

Les Chambres de première instance peuvent rendre un jugement à la fois en degré de recours et en première instance.

En degré de recours, les Chambres de première instance se prononcent sur les recours introduits contre les décisions prises par le Fonctionnaire-dirigeant.<sup>10</sup> En première instance, elles se prononcent sur les constatations à charge des dispensateurs de soins qui ont attesté indûment des prestations à l'assurance maladie obligatoire, si elles ne relèvent pas de la compétence du Fonctionnaire-dirigeant. Les Chambres de première instance sont compétentes entre autres, si le dispensateur de soins concerné a attesté des prestations qu'il n'a pas effectuées ou pas conformément à la réglementation, à condition que la valeur des prestations contestées soit supérieure au montant de 35.000 EUR.<sup>11</sup>

À l'instar du Fonctionnaire-dirigeant, les Chambres de première instance, selon le cas, peuvent ordonner le remboursement des attestations indues à l'assurance maladie et/ou infliger une amende administrative, avec sursis ou non.

Le tableau 12 présente les données relatives à toutes les décisions prises par les Chambres de première instance durant l'année 2017. Les tableaux 13 et 14 scindent ces décisions en décisions que les Chambres de première instance ont prises en degré de recours (tableau 13) et les décisions qu'elles ont prises en première instance (tableau 14).

L'illustration 13 indique le nombre de décisions de la Chambre de première instance contre lesquelles un recours a été introduit.

La plupart des recours ne portaient pas sur le ou les griefs formulés, mais bien sur la ou les mesures infligées.

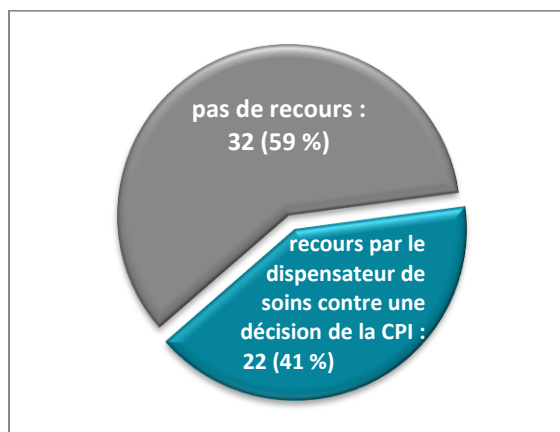
---

<sup>10</sup> Article 144, § 2, 2°, de la loi AMI coordonnée. Les Chambres de première instance rendent également un jugement en degré de recours dans les (rares) cas où le Fonctionnaire-dirigeant introduit un recours contre une décision du Comité visant à clôturer une enquête de contrôle sans suite ou par un avertissement.

<sup>11</sup> Article 73bis, 1° et 2° et article 144, § 2, 1°, de la loi AMI coordonnée. En outre, les Chambres de première instance sont compétentes si le dispensateur de soins a attesté à l'assurance maladie des prestations non préventives, non curatives si la valeur des prestations contestées est inférieure au montant de 35.000 EUR (articles 73bis, 3° et 144, § 2, 1°, de la loi AMI coordonnée), si le dispensateur de soins a effectué ou prescrit des prestations qui sont superflues ou inutilement onéreuses (articles 73bis, 4° et 5° et 144, § 2, 1°, de la loi AMI coordonnée) et si le dispensateur de soins a prescrit des médicaments au-delà de certains seuils (articles 73bis, 6° et 144, § 2, 1°, de la loi AMI coordonnée).

**Tableau 12: Décisions en CPI en 2017**

Compétence du dispensateur de soins	Décisions en CPI	Indu	Remboursements volontaires avant la décision	Décisions			Montants		
				Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis	Payés en exécution de la décision	Total payés	
				1	2	3	4	5	1+5
				EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Médecins généralistes	4	96.998	61.183	63.284	96.270	13.605	98.371	159.553	
Médecins spécialistes	8	574.148	17.223	395.679	47.809	36.312	131.132	148.355	
Pharmaciens	1	15.441	15.441	15.441		7.721		15.441	
Dentistes	1	18.592		18.592	1.375	1.375			
Infirmiers	29	1.137.675	273.359	1.097.933	662.601	402.756	176.853	450.212	
Kinésithérapeutes	1	109.094				54.532	27.266	27.266	
Orthopédistes	7	1.870.660	169.223	1.844.981	607.071	98.135	635.180	804.403	
Bandagistes	1	310.412				31.041			
Opticiens	1	168.087		168.087	84.043				
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	1	8.104.214							
Assurés	1	20.787		20.787	31.181				
Autres	2	128.503	34.247	111.562	122.770		16.941	51.188	
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>12.554.611</b>	<b>570.675</b>	<b>3.736.345</b>	<b>1.653.120</b>	<b>645.477</b>	<b>1.085.743</b>	<b>1.656.418</b>	



**Illustration 13**

**Tableau 13: Décisions de la CPI en 2017, en instance de recours**

Compétence du dispensateur de soins	Décisions	Indu	Remboursements volontaires	Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis
Médecins généralistes	1	61.182	61.182	61.182	83.770	0
Pharmaciens	1	15.441	15.441	15.441	0	7.721
Dentistes	1	18.592		18.592	1.375	1.375
Infirmiers	15	307.733	167.390	280.663	122.742	109.506
Orthopédistes	2	150.205	100.000	124.526	0	6.226
Assurés	1	20.787		20.787	31.181	0
Autres	1	16.941			0	0
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>590.881</b>	<b>344.013</b>	<b>521.191</b>	<b>239.068</b>	<b>124.828</b>

**Tableau 14: Décisions de la CPI en 2017, en première instance**

Compétence du dispensateur de soins	Décisions	Indu	Remboursements volontaires	Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis
Médecins généralistes	3	23.125		2.101	12.500	13.105
Médecins spécialistes	8	574.148	17.223	395.679	47.809	36.312
Infirmiers	14	829.942	105.969	817.269	539.859	293.250
Kinésithérapeutes	1	109.094		0	0	54.532
Orthopédistes	5	1.720.455	69.223	1.720.455	607.071	91.909
Bandagistes	1	310.412		0	0	31.041
Opticiens	1	168.087		168.087	84.043	0
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	1	8.104.214		0	0	0
Autres	1	111.562	34.247	111.562	122.770	0
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>11.951.039</b>	<b>226.661</b>	<b>3.215.153</b>	<b>1.414.054</b>	<b>520.149</b>

## **b. Les décisions des Chambres de recours**

À l'instar des Chambres de première instance, les Chambres de recours sont des juridictions administratives, qui se composent d'une Chambre qui connaît de toutes les affaires qui doivent être traitées en néerlandais, et d'une Chambre qui connaît des affaires qui doivent être traitées en français et en allemand. Leur composition est identique à celle des Chambres de première instance, si ce n'est que le président est le seul ayant voix délibérative. Les autres membres ont voix consultative.

Les Chambres de recours jugent en degré de recours sur les recours introduits contre les décisions de la Chambre de première instance.<sup>12</sup>

Le tableau 15 présente les données relatives aux décisions prises par la Chambre de recours durant l'année 2017.

---

<sup>12</sup> Article 144, § 3, 1°, de la loi AMI coordonnée. Les Chambres de recours rendent également un jugement dans les (rares) recours contre des décisions du Comité dans des affaires disciplinaires (article 144, § 3, 2°, de la loi AMI coordonnée).

Tableau 15: Décisions des Chambres de recours durant l'année 2017

Compétence du dispensateur de soins	Décisions		Indu	Remboursements volontaires avant la décision	Décisions			Montants	
					Remboursements imposés (comprennent les remboursements volontaires)	Amendes effectives	Amendes avec sursis	Payés en exécution de la décision	Total payés
	1	2	3	4	5	1+5			
	Nombre	%	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	
Médecins généralistes	4	7,5	103.947			1.800	600	45.217	45.217
Médecins spécialistes	7	13,2	1.196.854	27.926	12.177	138	0	910.273	938.198
Pharmaciens	6	11,3	596.070	12.867	12.665				12.867
Dentistes	10	18,9	401.911	32.671	320.360	21.630	8.803	45.629	78.301
Infirmiers	15	28,3	1.048.539	157.074	653.171	482.667	158.047	207.245	364.320
Kinésithérapeutes	3	5,7	26.000						0
Orthopédistes	1	1,9	1.139						0
MRPA	5	9,4	382.149	8.294	100.215	0	34.207	36.023	44.317
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	1	1,9	7.298						0
Autres	1	1,9	3.621	3.621		0	0		3.621
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>		<b>3.767.527</b>	<b>242.453</b>	<b>1.098.588</b>	<b>506.236</b>	<b>201.657</b>	<b>1.244.387</b>	<b>1.486.841</b>

## IV. EXPERTISE

La direction Expertise examine comment des groupes de dispensateurs de soins mènent leur pratique (prescription et exécution de prestations). Elle compare la pratique qu'elle constate avec la réglementation en vigueur, l'Evidence Based Medicine et/ou les règles générales de bonne pratique en ce qui concerne :

- ✦ la surconsommation
- ✦ l'efficacité
- ✦ la réalité/conformité.

Tout cela se fait sur la base d'analyses de données, de screening et d'analyses de terrain.

### 1. Rapports d'étude

#### Rapport 1 : analyse du dossier médical global (DMG), prestation 102771

Le dossier médical global (DMG) est un dossier médical électronique géré par un logiciel enregistré par la plateforme eHealth qui contient des données définies et que le généraliste met à jour régulièrement<sup>13</sup>. Sa gestion permet d'attester la prestation 102771 (*gestion du DMG*) une fois par an et par patient.

Entre 2008 et 2014, les dépenses pour le DMG ont augmenté de 50 %. En 2014, 5.766.416 prestations 102771 ont été attestées. Les dépenses s'élevaient à 172 millions EUR, avec une moyenne de 16.000 EUR par médecin généraliste.

L'objectif de cette étude de terrain est d'esquisser un tableau national représentatif de l'utilisation et de la qualité du DMG et de sonder la connaissance et l'utilisation des différents outils informatiques dans le chef des médecins généralistes (e.a. les logiciels de gestion du dossier médical informatisé (DMI) et eHealth).

L'étude peut aussi proposer des critères d'évaluation afin de pouvoir évaluer le DMG au niveau de la réalité et de la conformité.

À la demande du service des soins de santé, une évaluation des trajets de soins a été jointe à l'étude.

Des 10.259 médecins qui ont attesté au moins 13 prestations 102771 pendant la période du 31.12.2013 au 30.12.2014 (12 mois), 200 médecins et 20 maisons médicales (MM) ont été sélectionnés. Cette sélection a été réalisée dans un échantillon aléatoire distinct, qui a été stratifié de façon disproportionnée au niveau du groupe linguistique (nombre égal dans les deux groupes linguistiques).

Par médecin, 10 patients avec DMG (DMG<sub>1</sub>) et 10 patients sans DMG (DMG<sub>0</sub>) ont été choisis aléatoirement (pour les MM, pas de DMG<sub>0</sub> car le DMG est inclus dans le forfait).

La chance qu'un médecin ou une maison médicale soient choisis était proportionnelle au nombre de DMG qui avait été attesté en son nom. Ainsi, chaque DMG avait une chance de sélection égale. Lors de l'analyse, les résultats ont été pondérés afin de pouvoir interpréter correctement l'échantillon.

Finalement nous avons étudié par le biais d'un questionnaire 2.128 DMG<sub>1</sub> et 1.660 DMG<sub>0</sub> chez 217 médecins entre octobre 2015 et février 2016. Nous n'avons pas pu examiner les autres dossiers à cause du décès du patient, maladie ou déménagement du médecin, ...

---

<sup>13</sup> Arrêté royal du 26 janvier 2017 modifiant l'article 2, B, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (en vigueur le 1 janvier 2016)



### L'informatique

L'analyse fait apparaître que 209 des 217 médecins ont un DMG. L'utilisation d'eHealth est limitée mais beaucoup de médecins mentionnaient qu'ils avaient démarré eHealth récemment et/ou suivaient des formations.

En dehors des MM, les résultats des pratiques de groupe étaient en général meilleurs que ceux des pratiques solo. Les médecins de moins de 55 ans avaient en général aussi de meilleurs scores.

### DMG

120 DMG (6 %) comportaient toutes les données légalement requises. Pour le module de prévention, la proportion était de 2 %. Globalement, 43 % des items obligatoirement présents dans le DMG étaient complétés et 21 % des dossiers contenaient un aperçu complet des traitements chroniques.

### Différence DMG<sub>1</sub> / DMG<sub>0</sub>

Les patients DMG<sub>1</sub> étaient en moyenne plus âgés de 11 ans que les patients DMG<sub>0</sub> et avaient un schéma de consommation significativement plus important (13,7 vs 9,1 contacts en moyenne ; P<0,0001).

Les patients DMG<sub>1</sub> ont en moyenne 3 contacts de plus par an avec leur médecin généraliste (4,8 vs 1,8 contacts médecin généraliste ; P<0,05). Leur dossier a un meilleur score pour la prévention et la présence de rapports.

### Trajets de soins

Les analyses de sang sont généralement bien suivies. Des mesures préventives obtiennent de moins bons scores. La communication du médecin généraliste vis-à-vis du spécialiste est limitée (tableau 16).

**Tableau 16.**

Activités	Pas de date mentionnée (en %)	
	Diabète	Insuffisance rénale
Glycémie	6	12
Tension artérielle	12	19
Vaccination influenza	42	38
Rapport envoyé au diabétologue/néphrologue	61	54
Dernier avis nutritionnel par un diététicien	81	86
Vaccination pneumocoques	78	65

### Suggestions

Suite à cette étude, le SECM a proposé quelques suggestions pour améliorer la qualité/l'usage du DMG :

- ✦ Favoriser la continuité en dissociant la rétribution d'un contact annuel et en contribuant à ce que le choix d'un gestionnaire de DMG par les patients se fasse de façon plus réfléchie.
- ✦ Sensibiliser tous les acteurs des soins de santé en ce qui concerne l'importance du DMG (patient, médecin généraliste, deuxième ligne).
- ✦ Renforcer les critères d'homologation des logiciels, les valider sur le terrain et prévoir une formation et un helpdesk.
- ✦ Rendre obligatoire, comme condition de remboursement pour les consultations de deuxième ligne, la mise à disposition d'un rapport pour le médecin généraliste / gestionnaire du DMG (avec accord du patient).
- ✦ Apporter un support au médecin généraliste, tant au niveau administratif que paramédical (infirmiers).

- ★ Évaluer le DMG au niveau de la réalité/conformité, en prenant des éléments de la nomenclature comme conditions opérationnelles de remboursement, e.a. :
  - ✧ les données sociales et administratives
  - ✧ les antécédents
  - ✧ la liste des problèmes
  - ✧ la liste des traitements chroniques.
- ★ Fournir une description complète des éléments du Sumehr (Summarized Electronic Health Record).

La Médico-mut a tenu compte des résultats de l'étude pour faire des recommandations concernant le DMG dans l'accord national médico-mutualiste 2018-2019.

## **Rapport 2 : Action de terrain : prescripteurs d'incapacité de travail dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire**

Le SECM contrôle dans le secteur des indemnités, la réalité, la conformité et l'application conforme de décisions entraînant des dépenses dans l'assurance maladie obligatoire. Suite à la hausse des dépenses de l'assurance maladie dans le secteur des indemnités d'incapacité de travail, une attention plus grande est accordée au rôle des prescripteurs de certificats d'incapacité de travail (CIT).

Dans le cadre du plan d'action 'incapacité de travail', il en est résulté une action de terrain restreinte. L'objectif de cette étude est d'obtenir un premier aperçu des prescripteurs d'I.T. Il est impossible de tirer de cette étude des conclusions concernant la problématique des certificats de complaisance.

De la base de données CIT 3.0 du SECM, il appert que 27.329 prescripteurs différents, dont 70 % étaient des médecins généralistes, ont établi 498.449 de CIT avec une fin de l'IT en 2014. La plupart des prescripteurs-généralistes, avait établi entre 10 et 49 de CIT. Les généralistes qui avaient établi plus de 50 CIT en 2014 (15 %), représentent 44 % de tous les CIT.

Pour l'action sur le terrain, nous avons sélectionné 20 médecins généralistes (2 par province, à l'exception du Luxembourg). Lors de l'enquête générale, ces généralistes ont décrit leur patientèle comme étant une population standard de patients de médecin généraliste. Par médecin, nous avons examiné également le dossier médical de 10 patients pour lesquels un CIT a été établi en 2014.

On a vérifié si un contact correspondant à la date de début de l'I.T. sur le CIT se retrouve dans le dossier médical du prescripteur.

Un médecin ne tenait pas de dossier médical de ses patients, un médecin travaille surtout dans un hôpital. Ils ne pouvaient donc pas répondre à toutes les questions.

Pour 73 % des dossiers examinés, la date de contact et les données médicales ont été retrouvées dans le dossier médical.

14 des 18 médecins n'ont établi de CIT que pour leurs propres patients. 4 médecins ont déclaré avoir établi un CIT pour un ou plusieurs assurés qui n'étaient pas leurs patients.

Il n'est pas possible, sur la base de cet échantillon restreint, de démontrer de lien direct entre les données de profils générales (profil total, nombre de contacts, nombre de DMG) et le comportement prescripteur. Vu la petite envergure de l'action de terrain, aucune conclusion définitive ne peut être formulée.

La qualité et la complétude des dossiers médicaux des médecins examinés est très variable.

Le rapport entre la qualité du dossier médical du médecin généraliste et le bien-fondé du CIT devrait être examiné plus avant. Un dossier médical correctement complété peut éventuellement être l'indicateur d'un CIT correct.

### **Rapport 3 : Analyse des effectifs en médecins-conseils des organismes assureurs**

Dans le secteur des indemnités, le SECM contrôle la réalité, la conformité et l'application conforme de décisions entraînant des dépenses dans l'assurance maladie obligatoire. L'augmentation des dépenses de l'assurance maladie dans le secteur des indemnités d'incapacité de travail entraîne un intérêt croissant pour le rôle des médecins-conseils (M.C.) des organismes assureurs (O.A.).

Les médecins-conseils sont chargés de la mission importante de contrôler les prestations de santé et l'incapacité de travail. Leurs décisions sont contraignantes pour les O.A.

Les médecins-conseils se voient aussi attribuer de nouvelles missions dans le secteur des indemnités. Ces tâches concernent principalement de nouvelles initiatives pour la réinsertion professionnelle des assurés en incapacité de travail.

Bien que les missions des M.C. soient de plus en plus déléguées, ils demeurent les responsables finaux des décisions prises. Il est donc important de maintenir les effectifs en M.C.

L'objectif de cette étude est d'obtenir un premier aperçu de l'évolution des effectifs et de la pyramide des âges des M.C. dans les différents O.A.

Ce premier aperçu peut nous permettre de mieux comprendre la problématique de la disponibilité des M.C. pour leurs différentes missions.

Chaque M.C. doit être agréé par le SECM et assermenté devant le président du Comité du SECM avant d'entamer officiellement ses activités. A cet effet, le SECM dispose d'une base de données de tous les M.C. agréés par le SECM.

Dans cette étude, nous avons supposé que tous les M.C. étaient actifs jusqu'à l'âge de 65 ans et qu'il n'y avait pas de départs anticipés. Il n'a pas été tenu compte ici du recrutement de nouveaux M.C. à partir de décembre 2016.

Selon la base de données, 304 M.C. de moins de 65 ans sont actifs à la date du 1<sup>er</sup> décembre 2016 pour l'ensemble des O.A. Cela représente 281 « full time equivalents ».

Deux M.C. sont actifs dans deux O.A. différents et ont été comptés en double. Un médecin supplémentaire âgé de plus de 65 ans est toujours actif. L'âge moyen des M.C. actuellement actifs est de 54 ans.

Entre 2017 et 2021, 17 à 21 M.C. par an partiront à la pension. Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, il reste 207 M.C., une diminution de 32 % sur 6 années.

Le nombre de nouveaux agréments attribués aux M.C. par le SECM varie légèrement selon les années (entre 12 et 19 par an). 6 des 74 nouveaux M.C. agréés dans la période 2012-2016 étaient déjà actifs dans un autre O.A.. Les nouveaux agréments ne compensent que partiellement le nombre de M.C. qui partent à la pension.

Pour compenser cela, on constate une délégation croissante de certaines tâches des M.C.

Cette analyse montre que les effectifs en M.C. sont confrontés à un vieillissement croissant. Cela implique également que, dans un futur proche, de nombreux M.C. atteindront l'âge de la pension.

Jusqu'à présent, les recrutements de nouveaux M.C. ne compensent que partiellement la perte en personnel.

L'âge légal de la pension des M.C. reste un point de discussion.

Il faut certainement continuer de suivre l'évolution des effectifs en M.C. ; les effectifs des collaborateurs délégués devraient également être cartographiés afin d'obtenir un aperçu complet de l'activité des M.C. et de leurs équipes.

## Rapport 4 : Suppléments d'urgence lors des fécondations in vitro (FIV)

### Contexte

En 2015, le SECM a réalisé une analyse de l'ensemble des prestations portées en compte en 2012 et 2013 par les gynécologues. Cette analyse a montré des disparités entre les hôpitaux dans l'attestation de suppléments pour prestations techniques urgentes dans le cadre des FIV. En effet, parmi les 34 hôpitaux pratiquant les FIV en Belgique, certains les attestent de façon importante, alors que d'autres n'en attestent pratiquement aucun.

### Objectif

Le but de ce projet était de proposer des mesures visant à uniformiser la pratique dans les hôpitaux :

- ✦ Vérifier si le contexte légal était suffisamment solide afin d'envisager des actions de contrôle et récupérations ;
- ✦ Modification de la nomenclature : interdire l'attestation de suppléments d'urgence pour les prestations réalisées dans le cadre de la FIV.

### Cadre légal

Extraits de la NPS, art 26 « Suppléments d'honoraires prestations techniques urgentes » :

**§ 5.** « Les suppléments pour prestations techniques urgentes ne peuvent être portés en compte que dans les cas où l'état du patient nécessite que ces soins soient effectués d'urgence pendant les heures et jours mentionnés (...) »

**§ 13.** « Parmi les prestations d'échographie de l'article 17quater, seules donnent lieu à des honoraires supplémentaires les prestations énumérées ci-après :

**469291 - 469302, (...).**

*Les prestations effectuées par un médecin spécialiste peuvent être portées en compte pour autant qu'elles aient été demandées en urgence par le médecin prescripteur pendant les heures susmentionnées et que les résultats aient été transmis immédiatement au médecin responsable du traitement d'urgence du patient. »*

### Méthodologie

- 1) Demande d'avis juridique
- 2) Vérification de la persistance du problème depuis l'analyse des données de 2012 et de 2013
- 3) Rédaction d'une note à l'intention du groupe de travail chirurgie

### Résultats

- 1) L'avis juridique était négatif. La législation actuelle ne permet donc pas des actions de contrôle.
- 2) Les données d'attestation de 2015 ont confirmé la persistance du problème : 14 des 32 hôpitaux concernés attestent de manière significative ces suppléments d'urgence.
- 3) Rédaction d'une note destinée au groupe de travail chirurgie reprenant les résultats de l'analyse de départ et la vérification faite sur les données de 2015, et proposant une demande d'adaptation de la Nomenclature : interdire d'attester des suppléments d'urgence dans ce contexte.

### Communication

Notre représentant du SECM a présenté la note au Groupe de travail Chirurgie du 9 novembre 2017.

## Rapport 5 : Détection de profils patients « hors normes »

### Contexte

La mission du Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017 était de réduire la facturation frauduleuse, la surconsommation médicale et le gaspillage dans le secteur des soins de santé. Ce projet a été inclus dans le plan d'action au point 4.7 : mise en place d'une méthodologie de détection de patients s'écartant des normes de consommation en soins de santé. Il était l'une des actions à mener par le SECM.

### Objectif

Le but de ce projet était de proposer une méthodologie permettant de détecter des patients hors normes, ce qui pouvait indirectement mettre en évidence des dispensateurs hors normes. Une suite éventuelle sera donnée en fonction des résultats observés.

### Méthodologie

Nous avons utilisé les données de 2015 de l'échantillon permanent (EPS)<sup>14</sup>, qui constitue un échantillon représentatif de l'ensemble de la population. Sur les 281.780 patients de l'EPS, nous avons sélectionné 134.449 patients en principe sans pathologie nécessitant un suivi régulier.

Sur ces patients, différents indicateurs ont été testés, seuls ou en combinaison :

- ✦ nombre de contacts médecin
- ✦ nombre de médecins différents
- ✦ montants des prestations et de médicaments remboursés
- ✦ nombre d'officines différentes
- ✦ nombre de prescripteurs différents
- ✦ etc

Ces tests n'ayant pas permis de découvrir les patients « hors normes », une sélection a été effectuée sur base des deux indicateurs qui, selon le SECM, sont les plus pertinents, à savoir :

- ✦ l'indicateur « prestation de santé », c'est-à-dire le nombre de contacts-médecins sur 1 an  $\geq$  24 (en moyenne 2 contacts par mois). 377 patients correspondaient à cet indicateur, mais il y avait une grande variabilité des autres indicateurs, ne permettant pas de sélectionner directement les patients recherchés
- ✦ l'indicateur « pharmaceutique » : le nombre d'officines différentes consultées sur 1 an  $\geq$  10. 15 patients seulement correspondaient à cet indicateur, et principalement parce que concernés par la consommation d'opioïdes. Une partie d'entre eux se retrouvaient aussi dans le 1<sup>er</sup> groupe.

### Résultats

Le choix d'indicateurs « prestation de santé » apparaît une approche plus globale, avec une plus grande diversité de comportements (soit patients, soit dispensateurs de soins) que l'approche par indicateur « pharmaceutique » qui est beaucoup plus restrictive et va plus retrouver des profils très particuliers.

Certains patients **et** certains médecins apparaissant comme déviants ont été mis en évidence sur base de l'indicateur de départ « prestation de santé », de l'analyse des autres indicateurs et des profils de certains médecins. La méthode ne semble cependant pas rentable. En effet :

---

<sup>14</sup> article 278 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002

- ✦ Il n'est actuellement pas possible de définir, ni les combinaisons d'indicateurs pertinents, ni les seuils au-delà desquels il y a un indice sérieux de surconsommation. Il faudrait compléter la recherche par une étude de terrain afin de mieux les cerner.
- ✦ Les montants moyens pour les 377 patients analysés sont peu élevés : 1.630 EUR en prestations de santé et 312 EUR en produits pharmaceutiques.
- ✦ Toute action entreprise visant le patient sera individuelle, et donc demandera beaucoup de ressources, pour des effets minimes, tant en termes de dépenses que de qualité de prise en charge du patient.

Il faudrait donc mettre en œuvre beaucoup de ressources, pour un résultat espéré relativement minime.

Si le médecin est à l'origine de la surconsommation, le projet démontre clairement qu'il est plus efficace de travailler sur les données des médecins dispensateurs.

### Suivi

Un projet sur une population plus importante, et avec la participation des médecins-conseils des O.A., sera réalisé en 2018 : « Profils patients : méthodologie adaptée » (projet repris dans le « Plan d'action 2018 - point 4.1 »).

## Rapport 6 : Prescriptions d'orthèses lombo-sacrées et de genou

### Contexte

L'actuariat du Service des soins de santé a constaté que les dépenses en orthèses lombo-sacrées (OLS) ont fortement augmenté entre 2013 et 2015 (de 16.175.000 EUR à 17.695.000 EUR).

En 2009, le SECM a réalisé une étude de terrain sur l'utilisation des orthèses. Nos principales conclusions étaient :

- ✦ la mauvaise qualité des prescriptions favorisant la délivrance d'orthèses chères
- ✦ des prescriptions dans de mauvaises indications
- ✦ des disparités de prescription entre les prescripteurs.

La littérature médicale apporte des informations très différentes selon le sujet.

Pour les OLS, certaines sont recommandées pour des pathologies très spécifiques (scoliose sévère de l'enfant par ex.). Par contre, concernant les indications les plus fréquentes rencontrées sur le terrain, il n'y a pas de guidelines de niveau A mais seulement de niveau C.

S'agissant des genoux, il existe des guidelines de niveau A pour certaines indications, et pas pour d'autres.

### Objectif

Le but était de sensibiliser les prescripteurs à :

- ✦ prescrire de façon bien ciblée
- ✦ veiller à une bonne qualité de prescription
- ✦ faire prescrire l'orthèse la plus adéquate compte-tenu de la pathologie du patient.

### Méthodologie de sélection des prestataires de soins à sensibiliser

#### **a. pour la prescription d'OLS**

- ✦ Sélection des spécialistes
  - ✧ Appartenant aux disciplines suivantes : chirurgie orthopédique, neurochirurgie, rhumatologie, physiothérapie, mais non spécialisé en chirurgie pédiatrique.
  - ✧ Ayant au moins 10 prescriptions en 2015 pour un montant  $\geq$  5.000 EUR.
  - ✧ Ayant prescrit la prestation 645912 (*Corset orthopédique - de correction : Correctif avec béquillon ou/et pelotes de pression ou/et partie réglable...*) moins de 5 fois.
- ✦ Sélection des généralistes
  - ✧ Ayant au moins 5 prescriptions en 2015,
  - ou
  - ✧ moins de 5 mais au moins 3 pendant le 1<sup>er</sup> semestre 2016.

#### **b. pour la prescription d'orthèses de genou**

- ✦ Sélection des spécialistes
  - ✧ Chirugiens orthopédiques uniquement vu la distribution des prescripteurs,
  - ✧ Ecartement de ceux qui prescrivent majoritairement pour des enfants,
  - ✧ Nombre d'orthèses de genou prescrites en 2015  $\geq$  10 avec un montant  $\geq$  2.500 EUR.



## Résultats

### a. La sélection des prestataires de soins à sensibiliser

Au total, nous avons sélectionné 809 médecins prescripteurs d'OLS et 544 médecins prescripteurs d'orthèses de genou (tableau 17).

Tableau 17

	Ayant reçu le courrier						N'ayant pas reçu le courrier		
OLS	prescripteurs		prescriptions		montants		prescripteurs	prescriptions	montants
	Nb	%	Nb	%	EUR	%	Nb	Nb	EUR
spécialistes	398	25	12.224	77	7.396.814	77	1.314	3.608	2.191.326
généralistes	411	13	3.438	44	1.286.894	44	2.649	4.297	1.616.280
<b>total</b>	<b>809</b>	<b>17</b>	<b>14.097</b>	<b>60</b>	<b>8.100.091</b>	<b>65</b>	<b>4.210</b>	<b>9.470</b>	<b>4.391.223</b>
Orthèse de genou	prescripteurs		prescriptions		montants		prescripteurs	prescriptions	montants
spécialistes (= total)	544	26	35.777	79	12.954.805	77	1.523	9.537	3.966.209

Nous avons envoyé une lettre de sensibilisation à chacun d'entre eux.

### b. Contenu de la lettre de sensibilisation

- ✦ Les indications de ces orthèses, avec références à la littérature médicale,
- ✦ Le contenu d'une prescription de qualité,
- ✦ Les constatations faites lors de notre étude de terrain,
- ✦ Les chiffres de leurs propres prescriptions et la comparaison avec les chiffres de leurs collègues de même spécialité basés sur les données 2015.

### c. Envoi des courriers

Les 4 et 5 avril 2017, nous avons envoyé les lettres de sensibilisation aux médecins prescripteurs d'OLS.

Le 19 avril 2017, nous avons envoyé les lettres de sensibilisation aux médecins prescripteurs d'orthèse de genou.

## Communication

Le rapport a été présenté :

- ✦ au groupe technique bandagisterie le 5 décembre 2017
- ✦ au groupe 'Spine' (Conseil technique chirurgie) en vue d'une réforme de la nomenclature des OLS.

## Suivi

Nous avons prévu une mesure de l'impact de nos lettres de sensibilisation en 2018.

## Rapport 7 : Analyse de l'utilisation des prothèses des membres inférieurs

### Contexte

Il existe cinq types différents de prothèses des membres inférieurs selon leur fonction.

- ✦ Catégorie 1 : Patients sans perspective de fonction motrice (prothèse cosmétique).
- ✦ Catégorie 2 : Patients dont la fonction motrice est très limitée et à qui on recommande l'aide d'un tiers pour les transferts / déplacements (prothèse de transfert).
- ✦ Catégorie 3 : Patients avec fonction motrice limitée qui utilisent des auxiliaires de marche. Ils se déplacent sans l'aide de tiers et prennent part à des activités sociales en dehors de leur domicile (prothèse d'évaluation et prothèse définitive).
- ✦ Catégorie 4 : Patients actifs qui n'utilisent pas d'auxiliaire de marche lorsqu'ils se déplacent (prothèse d'évaluation et prothèse définitive).
- ✦ Catégorie 5 : Patients très actifs, dont les aptitudes avec la prothèse doivent satisfaire au test de marche sans auxiliaire ou autre soutien visé à la NPS.

L'audit 2008 de l'actuariat des soins de santé a révélé qu'un nombre étonnamment élevé de prothèses des membres inférieurs issues de la catégorie 5 était remboursé.

En 2012, le budget pour les prothèses des membres inférieurs s'élevait à 18,5 millions EUR. 5,5 millions concernent les prothèses de catégorie 5.

### Cadre légal et réglementaire:

Test physique pour la catégorie 5, NPS art. 29 §13 C 2° :

*Pour être éligible à l'obtention d'une prothèse de catégorie 5, le patient doit se soumettre à un test physique auprès de son dispensateur de soins : les résultats de ce test sont déterminants et seront intégrés au certificat d'évaluation.*

*Le test se compose du test suivant, sans auxiliaire de marche ou autre soutien :*

- ✦ pour les amputations sous le genou : marcher avec sa prothèse à une vitesse pouvant atteindre 5 km/heure pendant 10 minutes au moins.
- ✦ pour les amputations au-dessus ou au niveau du genou : marcher avec sa prothèse à une vitesse pouvant atteindre 3 km/heure pendant 10 minutes au moins.
- ✦ pour les amputations bilatérales : marcher avec ses prothèses à une vitesse pouvant atteindre 4 km/heure pendant 5 minutes au moins.
- ✦ pour les amputations bilatérales dont au moins une nécessite un genou mécanique : marcher avec ses prothèses à une vitesse pouvant atteindre 3 km/heure pendant 5 minutes au moins.

### Objectif

- ✦ Déterminer si les dispositions de la nomenclature sont respectées :
  - ✧ l'attribution de la catégorie 4 ou 5 selon les résultats du test de marche
  - ✧ les exigences techniques de qualité
  - ✧ l'entretien annuel, y compris le rapport de suivi
  - ✧ le délai de renouvellement de la prothèse
- ✦ Déterminer dans quelle mesure la prothèse répond aux besoins et aux souhaits de son utilisateur. Les éléments suivants sont analysés :
  - ✧ l'usage de la prothèse (fréquence, utilisation d'auxiliaires)
  - ✧ la satisfaction concernant la prothèse.

## Méthodologie

Cette enquête a été réalisée chez 80 patients sélectionnés de manière aléatoire. Un patient présentant une amputation bilatérale, 81 prothèses ont été étudiées au moyen d'un questionnaire standardisé.

## Résultats

L'enquête démontre que 67 des 81 prothèses examinées sont utilisées par des patients qui n'ont pas la capacité physique requise par la nomenclature. Ainsi, 68 % utilise une aide à la marche. 44 % des patients utilise déjà (occasionnellement) une voiturette. Aussi la capacité restante ne correspond-elle souvent pas à ce que l'on peut attendre d'un patient actif.

Le test de marche pour catégorie 5 répond dans environ 50 % des cas aux exigences (17/35). Le défaut technique le plus important se situe au niveau du pied (14 prothèses). Le carnet d'entretien ne répond qu'en 50 % des cas aux conditions de la nomenclature. L'entretien annuel se fait dans 84 % des cas. C'est surtout le dispensateur de soins qui prend l'initiative (73 %). Selon un tiers des assurés, l'entretien n'apporte pas d'amélioration.

Sur les 21 personnes assurées qui travaillaient à temps plein avant l'amputation et qui ne sont pas encore à la retraite, 8 travaillent encore à temps plein, 3 à temps partiel et 10 sont au chômage. Les scores physiques et sociaux sur 10 points ont diminué en moyenne de respectivement 2,9 et 2,2 points depuis l'amputation.

Dans les deux tiers des cas, la demande de renouvellement émane du dispensateur de soins. Dans 16 % des renouvellements, le patient estimait que ce n'était pas nécessaire.

16 % des patients n'ont constaté aucune amélioration après le renouvellement. 12 % n'a pas consulté de médecin lors du renouvellement.

En cas de nouvelle prothèse, il n'y a pas de prothèse d'évaluation dans 1 cas sur 5. En cas de renouvellement il n'y a jamais une prothèse d'évaluation.

Les coûts supplémentaires pour l'assurance maladie suite à la surévaluation (catégories 4 et 5) estimés sur la base de cette étude s'élèvent à environ 142.000 EUR sur une base annuelle.

Suite à cette étude, le SECM a formulé quelques propositions afin que le patient reçoive la prothèse adéquate et qu'il n'y ait pas de renouvellement inutile :

- ✦ Etablir une meilleure définition des critères d'attribution pour les catégories 4 et 5.
- ✦ Laisser le renouvellement de la prothèse à l'initiative du patient (la possibilité de renouveler sa prothèse tous les 3 ans ne signifie pas qu'il faut nécessairement le faire).
- ✦ En cas de renouvellement, le dispensateur de soins doit vérifier si le patient est toujours éligible pour la même prothèse (perte de capacité avec l'âge/ou en raison de maladie).
- ✦ Interdire le cumul entre les prothèses de catégorie 4 et 5 et tous les autres auxiliaires de marche de la nomenclature.
- ✦ Evaluer l'activité résiduelle (notamment le test de marche) par un autre dispensateur de soins que celui qui pose la prothèse afin d'améliorer l'objectivité.
- ✦ Renforcer la responsabilité du prescripteur : notre service doit, le cas échéant, impliquer le prescripteur de soins (orthopédiques) non indiqués dans l'enquête (voir dossier siège-coquille, prothèses des jambes).

## 2. Collaboration avec l'Agence fédérale de contrôle nucléaire (AFCN)

L'AFCN a pour mission de protéger la population, les travailleurs et l'environnement des risques liés aux rayonnements ionisants. Ses priorités sont avant tout :

- ✦ veiller à un niveau de sécurité le plus élevé possible face aux effets négatifs des rayonnements ionisants ;
- ✦ garantir la sécurité ;
- ✦ renforcer la protection contre les radiations par usage thérapeutique, en limitant la dose administrée de rayonnement ionisant au niveau le plus bas possible et en évitant toute exposition inutile.

L'AFCN est donc également active dans le secteur médical comme inspection nucléaire. Le SECM collabore avec l'AFCN dans le cadre de plusieurs projets. Tout récemment, la collaboration de la AFCN et du SECM a été qualifiée de « Good practice » par les auditeurs européens.

### a. Audit du protocole d'accord sur l'imagerie médicale lourde

Les thèmes 'réduction de l'exposition aux rayonnements pour le patient' et 'réduction du nombre d'examens CT' font partie de ce protocole d'accord. Le SECM a participé dans ce but à un projet européen de l'AFCN pour le compte de l'HERCA (Heads of the European Radiological Protection Competent Authorities). Leur intention était de cartographier comment se passe le trajet de la demande d'imagerie jusqu'à l'exécution dans différents pays européens.

En Belgique, 12 hôpitaux ayant un grand volume d'examens CT ont été sélectionnés pour participer à ce projet européen. Le SECM a élargi cette enquête en ajoutant 39 hôpitaux supplémentaires, qui ont été visités dans le cadre d'une enquête sur les appareils d'IRM. Au total, 17 enquêtes belges ont été incluses dans l'analyse générale. Il s'agit du deuxième plus grand nombre d'analyses pour les 17 pays participants. Les résultats de l'étude HERCA ont été présentés au congrès de l'Agence internationale de l'énergie atomique en décembre 2017<sup>15</sup>.

### b. Arrêté royal portant sur l'échange et le croisement d'informations et de données entre l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (AR du 20.12.2016 ; MB 19.1.2017) :

Il était nécessaire de prévoir un échange de données entre l'AFCN et l'INAMI en matière d'applications médicales de rayonnements ionisants pour leur permettre de réaliser le plus efficacement possible leurs missions de surveillance et de contrôle respectives. Une réglementation légale s'imposait alors. Les discussions pour élaborer un projet d'AR en la matière remontent à il y a plus de dix ans. En 2016, le SECM s'est investi activement pour relancer et finaliser l'élaboration de cet AR.

### c. Campagnes de régularisation à l'égard des médecins connexistes et des praticiens de l'art dentaire

Pour pouvoir exécuter et attester des prestations faisant intervenir des radiations ionisantes, les médecins connexistes, les radiologues et les praticiens de l'art dentaire doivent être en possession d'une autorisation d'utilisateur délivrée par l'AFCN.

Lors d'un screening commun, le SECM et l'AFCN ont pu se rendre compte qu'un grand nombre de médecins connexistes, radiologues et praticiens de l'art dentaire attestaient des prestations faisant intervenir les radiations ionisantes alors qu'ils n'étaient pas autorisés à le faire par l'AFCN.

En 2016, l'AFCN et le SECM ont d'abord, conjointement, mené une campagne de régularisation, dans le cadre de laquelle les cardiologues connexistes qui n'étaient pas en ordre ont été contactés. En 2017 des campagnes ont été lancées à l'intention des pédiatres, des radiologues et des chirurgiens vasculaires. En 2018, nous écrirons à d'autres spécialistes connexistes et réaliserons une étude d'impact sur la régularisation des cardiologues connexistes. Après cela, nous prévoyons des contrôles si nécessaire.

<sup>15</sup> Abstract des résultats de l'étude HERCA à partir de la p. 8 du document suivant <https://www.iaea.org/sites/default/files/18/02/rpop-session1.pdf>

### 3. Le contrôle primaire des O.A.

La composition et le montant des frais d'administration que les O.A. et la Caisse des soins de santé de RH Rail reçoivent chaque année sont décrits à l'article 195 de la loi SSI.

Ce montant est ventilé entre les différents O.A. Le montant qu'un O.A. reçoit est fonction de ses dépenses réelles et du type d'affiliés (âge, malades chroniques, statut socioéconomique, etc.).

Depuis 2004, les 10 % du montant qu'un O.A. reçoit annuellement sont liés à la façon dont il accomplit sa mission légale. Ce pourcentage de 10 % (près de 100 millions d' EUR) est connu sous le nom de « frais d'administration variables ».

Tous les services de l'INAMI et l'Office de contrôle des mutualités (OCM-CDZ) réalisent des analyses qui portent sur la qualité dans la façon dont les O.A. remplissent leur mission légale. L'INAMI transmet les résultats de ces analyses à l'OCM. Au moyen d'échelles de scores, ils convertissent les résultats des analyses en valeurs pécuniaires et diminuent par O.A. les frais d'administration variables de cette valeur pécuniaire.

À noter que cette responsabilisation des O.A. est un système de sanction. Si les O.A. obtiennent de mauvais scores, une partie des 10 % de frais variables est retenue. En revanche, si les O.A. obtiennent de bons scores, ils profitent au maximum des 10 % complets (pas de récompense).

L'évaluation de la performance des O.A. est décrite depuis 2016 dans l'AR du 10.4.2014 relatif à la responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration. Le SECM réalise deux types d'analyses :

- ★ Premièrement, nous examinons pour des thèmes bien définis si les O.A. ont réalisé un contrôle primaire avant de rembourser les prestations de soins de santé (Tableau 18)<sup>16</sup>.

**Tableau 18 : Thèmes analysés en 2017**

Sous-analyses SECM 2017
<p><u>Soins infirmiers (NPS art. 8) :</u> Les prestations de perfusion ou d'alimentation parentérale peuvent être effectuées par un praticien de l'art infirmier au domicile ou à la résidence du patient ou dans une maison de repos. Le remboursement des prestations par l'O.A. est subordonné à la transmission, par le praticien de l'art infirmier, d'une notification de ces actes techniques spécifiques via MyCareNet au moyen d'un formulaire électronique, au plus tard dans les 10 jours qui suivent le traitement. Le paiement s'effectue ensuite via le régime du tiers payant. Si une prolongation s'avère nécessaire, le praticien de l'art infirmier doit envoyer une nouvelle notification via MyCareNet. La notification est seulement valable pendant 3 mois au cours de notre période d'enquête et concerne les prestations reçues par l'O.A. entre le 1<sup>er</sup> septembre 2016 et le 30 novembre 2016. À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017, la validité de la notification a été étendue à 12 mois.</p>

<sup>16</sup> Processus 3 dans AR du 10.4.2014

Réanimation 1 (NPS art. 13) :

L'AR du 22 février 2016, § 3, stipule que les prestations de réanimation 212015 et 214012 doivent être effectuées dans un service d'urgences agréé.

Le même AR, § 5, interdit pour un même patient, le même jour, dans le même hôpital, un cumul entre :

- ✦ les prestations de réanimation ou de surveillance 212026, 212041, 211013 (en dehors d'un service d'urgences), 211024, 211046, 214023, 214045, 211223 et 211282 ;
- ✦ et « une petite prestation d'anesthésie » (= toutes les prestations d'anesthésie sauf l'anesthésie lourde 200023, 200045 ou 200060).

Chirurgie (NPS art. 14) :

Après une amygdalectomie et/ou une adenoïdectomie chez l'enfant, l'anatomopathologiste peut porter en compte une prestation 588232 - 588243 pour l'analyse des amygdales et/ou des polypes nasaux. Il s'agit d'une prestation de valeur restreinte de B 707 correspondant à des honoraires d'un montant de 30,51 EUR en 2016.

Imagerie médicale (NPS art. 17) :

Dans cette étude, nous avons vérifié si certaines zones des factures électro-magnétiques avaient été complétées correctement, à savoir :

- ✦ la zone 14 (lieu de prestation) de l'enregistrement de type 50
- ✦ la zone 18 (numéro unique d'appareil d'imagerie médicale) de l'enregistrement de type 52

Médecine interne (NPS art. 20) :

Quelques prestations de médecine interne de l'article 20 peuvent uniquement être facturées si l'hôpital dispose d'un programme de soins agréé ou d'une section hospitalière agréée.

- ✦ Deuxièmement, le SECM évalue si les O.A. délivrent à l'INAMI les données authentifiées réclamées dans le délai maximum de 30 jours (Tableau 19)<sup>17</sup>.

**Tableau 19: Résultats de 2017<sup>18</sup>**

O.A.	% de réponses non reçues ou reçues tardivement
100	0,40
200	0,00
300	0,00
400	0,18
500	1,55
600	0,61
900	0,59

Plus le pourcentage est élevé, moins l'O.A. aura exécuté sa mission légale correctement.

<sup>17</sup> Processus 6 dans AR du 10.4.2014

<sup>18</sup> Des données sur la situation au 12.07.2018

## 4. Fonction d'avis

### a) Apport du représentant du SECM aux groupes de travail de chirurgie et ad hoc spine

L'apport est de 3 types différents, à savoir :

- I. Proposition élaborée et motivée de changements de nomenclature  
(suppression/modification/ajout de code de nomenclature, modification règle d'application ou création nouvelle règle interprétative, ...)

Une proposition fait toujours suite aux résultats d'une constatation sur le terrain.

Les propositions peuvent être

1. Acceptées,
2. toujours en cours de discussion avec demande d'analyse complémentaire,
3. refusées.

- II. Aide active à des propositions concrètes des différents projets soumis à la réflexion ou à l'étude du groupe de travail.

Le SECM donne des conseils concernant les propositions concrètes, les propositions basées sur la connaissance du terrain et l'analyse des données.

- III. Une voix consultative lors de la séance plénière du Conseil Technique Médicale (CTM)

Toutes les décisions des groupes de travail médicaux sont ensuite proposées à la séance plénière du CTM pour approbation définitive. Le représentant du SECM a dans ce groupe une voix consultative. C'est à dire que toutes remarques doivent être consignées, visibles pour toutes les parties concernées, aussi en dehors du trajet de l'INAMI (par exemple : le ministère des affaires sociales, le conseil d'état, ...).

### b) Bilan année calendrier 2017 : quelques exemples

#### I.1. Propositions de SECM acceptées

##### ✦ **Création d'un code pour une nouvelle prestation : 'la pose d'un bouchon méatique'**

Pour la pose d'un bouchon méatique, il n'existait pas de prestation avec un numéro de code de nomenclature y correspondant.

Le SECM a constaté qu'un code coûteux est utilisé pour attester cette prestation, à savoir : le code 245136-245140 *Intubation mono- ou bicanaliculaire des voies lacrymales ... N200 (200,36 EUR) de l'art.14h)*

- ✧ *Un nouveau code est créé dans l'art. 14 h) : 245151-245162 Pose d'un bouchon méatique lacrymal, par œil N 40*
- ✧ *Le SECM a aussi proposé une règle interprétative pour résoudre le problème rapidement en attendant la publication du nouveau code dans le moniteur :  
Nouvelle règle interprétative art. 14 h) :  
Le placement de clou méatique lacrymal ne peut pas être attesté par la prestation 245136–245140 Intubation mono- ou bicanaliculaire des voies lacrymales... N200*

##### ✦ **Suppression du code obsolète 248555-248566 Tonographie ou tonomètre électronique + graphique...N50 (36,83 EUR) de l'art. 14h)**

- ✦ **Suppression du code obsolète 220216-220220** *Exérèse d'anthrax...K50 (70,70 EUR)* de l'art. 14a)
- I.2. Propositions soumises à discussion, en cours de décision et en voie de résolution
- ✦ **Suppression du code 239035-239046** : *Drainage des liquides d'œdème sous-cutané dans l'éléphantiasis... N 33 (27,96 EUR)* de l'art. 14f)
  - ✦ **Modification du libellé du code 239050-239061** : *Intervention chirurgicale pour éléphantiasis... N 300 (322,70 EUR)* de l'art. 14f)
  - ✦ **Adaptations de la nomenclature à la réalité du pathologie complexe 'le lymphœdème'**
- II. Apport de données du terrain pour l'aide à la résolution de points discutés en séance
- ✦ **Demande des chirurgiens pour revalorisation de la prestation 353231-353242** : ° *Ablation ou destruction, quel que soit le procédé (cure chirurgicale, électrocoagulation), de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure... K 26,47 (31,73 EUR)* de l'art. 11.
  - ✦ **Question sur l'amygdalectomie au laser : 256476-256480** : *Electrocoagulation des amygdales, en plusieurs séances, traitement complet... K75 (106,05 EUR)* de l'art 14i)
  - ✦ **Concernant le financement de la tomographie par cohérence optique (TCO), aide du SECM à la libération d'un budget pour le financement de cet acte a été demandée** : Les propositions du SECM, permettent de dégager 2.800.000 EUR dans le budget de l'ophtalmologie. Ce budget qui peut être attribué au remboursement de l'OCT.
  - ✦ **Dans le cadre du projet spine**
    - ✧ Contribution active à l'élaboration du nouveau cadre légal de la « spine unit » et de la nouvelle nomenclature de la chirurgie de la colonne vertébrale.



## V. INFORMATION & COMMUNICATION

La direction Information et Communication s'occupe de la communication tant interne qu'externe.

### 1. Information externe

#### a) Brochures d'information

Les Infobox sont des brochures d'informations dans lesquelles les dispensateurs de soins, et en particulier ceux qui débutent leur activité, peuvent trouver des réponses aux principales questions juridiques et administratives qui peuvent se poser dans leur pratique quotidienne. Ils y retrouvent par exemple leurs obligations administratives et ne doivent par conséquent pas les rechercher dans la législation.

Chaque année, nous mettons à jour quelques brochures (tableau 20).

Les brochures sont publiées sur le site web de l'INAMI et les groupes cibles sont informés de ces publications.

**Tableau 20**

2017	Brochure
mai	Infobox Médecin généraliste, version mise à jour
septembre	Rapport annuel SECM – activités 2016
octobre	Infobox praticien de l'art infirmier, version mise à jour

#### b) Campagne par voie postale

Les campagnes par voie postale permettent au SECM d'entrer en dialogue avec les dispensateurs de soins. Nous informons de cette façon certains groupes cibles de dispensateurs de soins au sujet de résultats déviants qui ont été constatés à l'occasion d'une enquête thématique ou d'un projet d'évaluation. Ces lettres ont une fonction d'information et de sensibilisation. Elles incitent les dispensateurs de soins à adapter leur comportement et préviennent parfois aussi de futurs contrôles possibles.

En 2017, la direction Information a activement collaboré à une telle campagne par voie postale :

- ✦ Une lettre d'avertissement aux pédiatres-connexistes pour lesquels l'autorisation obligatoire pour l'utilisation de prestations à radiation ionisante n'était pas en ordre.

#### c) La presse

Le SECM dialogue régulièrement avec les journalistes au sujet de ses actions, des résultats constatés et des mesures qu'il propose. Cela favorise la précision de l'information par la presse générale et médicale. Une information claire au sujet de notre action contribue à une application correcte de la réglementation. Elle démontre aussi bien aux dispensateurs de soins qu'à l'opinion publique la pertinence sociale de l'assurance maladie et du SECM.

Cela a une incidence positive sur les dépenses dans le secteur des soins de santé. Le dispensateur de soins et le citoyen sont plus conscients de l'importance d'une assurance maladie financièrement durable.

En septembre 2017 nous avons organisé une rencontre avec la presse où nous avons présenté trois sujets :

- ✦ Le départ à la pension du Dr Bernard Hepp en tant que Fonctionnaire-dirigeant du SECM ;
- ✦ Les points principaux du rapport annuel du SECM pour l'année 2016 ;
- ✦ L'évolution de la consommation de cinq opioïdes en Belgique.

Au cours de l'année, nous avons répondu à de nombreuses questions des médias. Ces questions portaient pour l'essentiel sur :

- ✦ le contrôle thématique de l'attestation de scans IRM effectués sur des appareils non autorisés ;
- ✦ les facturations indues de prestations, surtout dans le secteur des soins à domicile ;
- ✦ l'utilisation d'opioïdes en Belgique.

#### **d) Conférences**

Le SECM donne des conférences sur le fonctionnement général du service et de l'assurance maladie et sur des sujets d'actualité spécifiques. En 2017, le SECM a donné 16 conférences.

- ✦ 15 conférences dans le cadre d'une campagne de sensibilisation sur l'usage excessif des opioïdes (voir projet ICE p.69). Le service fait largement connaître cette problématique par le biais de conférences. Les GLEMs, les milieux médicaux, l'Ordre des pharmaciens et l'Ordre des médecins de différentes provinces ont déjà invité le SECM à présenter les résultats.
- ✦ 1 conférence pour la Vereniging van tandheelkundige experten sur le fonctionnement du service : « Le SECM au sein de l'INAMI, l'assurance maladie et la société ».

Ces conférences peaufinent l'image du service. Les prestataires de soins apprennent à connaître le SECM d'une autre manière et comprennent mieux notre rôle dans le domaine de l'assurance maladie.

## **2. Information interne**

#### **a) Informations pour le personnel du SECM**

Le SECM estime qu'il est important que son personnel soit bien informé sur les changements et nouveautés tant internes qu'externes, comme par exemple la réorganisation interne, Health on the Move, modifications législatives.

La communication est effectuée entre autres par :

- ✦ 2 lettres d'information électroniques,
- ✦ 2 bulletins d'information pour le personnel du SECM,
- ✦ sessions d'information au siège et dans les bureaux provinciaux,
- ✦ réunions du personnel,
- ✦ 16 avis au personnel.

#### **b) Encadrement pour des rapports d'études**

Après la réalisation d'un contrôle thématique ou d'une étude d'expertise, il est important que les résultats et les conséquences possibles soient clairement rapportés dans un rapport d'étude.

La direction Information assiste les inspecteurs dans l'élaboration de leurs rapports d'études afin d'assurer le meilleur impact possible de leur travail.

## VI. AFFAIRES JURIDIQUES ET CONTENTIEUX

La direction juridique du SECM travaille en étroite collaboration avec les autres directions. Elle a un éventail de tâches diverses :

- ✦ Donner des avis ;
- ✦ Collaborer à des enquêtes en cours ;
- ✦ Finaliser la phase procédurale d'enquêtes concrètes ;
- ✦ Élaborer des propositions d'amendement législatif nécessaires.

En 2017, en ce qui concerne cette dernière tâche, la direction a collaboré à quatre projets importants.

### 1. Plate-forme 'NewAttest'

Afin de pouvoir exercer ses compétences légales, le SECM a demandé les données authentifiées précédemment auprès des différents O.A.<sup>19</sup>. Le service juridique du SECM a collaboré à l'élaboration d'une nouvelle loi permettant de simplifier ce processus.

La Loi du 11 août 2017 portant des dispositions diverses en matière de santé a été publiée au Moniteur belge du 28 août 2017. Aux articles 44 et 45 de cette loi a été inséré un nouvel article 9quater dans la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et l'article 166 de la même loi a été complété par une nouvelle amende administrative.

Grâce à ces dispositions, le flux de données entre les O.A. et l'INAMI, via l'Agence intermutualiste (AIM), est formellement inscrit dans la loi. Le SECM peut maintenant demander en une seule fois toutes les données dont il a besoin.

Le nouvel article 9quater décrit quelles données peut demander l'INAMI pour l'exercice de quelles compétences légales.

Le nouvel article 9quater ne porte pas préjudice aux compétences qui existaient déjà auparavant. Pour le SECM, la nouvelle disposition a notamment pour objectif de permettre au service de pouvoir travailler de manière plus rapide et plus efficace. Le côté technique du flux de données a été développé plus avant en 2017 et le flux de données devra normalement être totalement fonctionnel dans le courant de 2018.

### 2. Projet d'AR relatif à l'accréditation des médecins-conseils

L'arrêté royal du 11 juin 2011 comprend les dispositions sur la répartition des points que les médecins-conseils doivent obtenir dans le cadre de formations générales et spécifiques<sup>20</sup>.

Nous avons élaboré un projet d'AR sur l'accréditation des médecins-conseils qui souhaitaient modifier ces dispositions. L'arrêté royal du 10 décembre 2017 a été publié au Moniteur belge du 10 janvier 2018.

### 3. Directive sur la notion d'« indices graves, précis et concordants ».

La direction juridique participe également aux réunions de la Commission Anti Fraude.<sup>21</sup> Nous avons participé aux directives sur la notion d'« indices graves, précis et concordants » tels que visés à l'art. 77sexies de la loi AMI.<sup>22</sup>

---

<sup>19</sup> Article 138 de la loi AMI.

<sup>20</sup> Portant exécution de l'article 154, alinéa 6, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

<sup>21</sup> Article 13bis de la loi AMI.

<sup>22</sup> Article 13bis, § 2, 6°, de la loi AMI.

La Commission Anti Fraude a adopté cette directive le 19 avril 2017. Elle a été publiée au Moniteur belge le 15 septembre 2017.

#### 4. Suivi de la jurisprudence du Conseil d'État

La direction juridique suit toujours la jurisprudence du Conseil d'État en ce qui concerne les litiges opposant dispensateurs de soins et SECM. Il s'est notamment avéré en 2017 que :

- ✦ le SECM n'a pas la compétence de contrôler les conditions qui sont fixées dans un arrêté qui n'est pas un arrêté d'exécution de la loi AMI.<sup>23</sup>
- ✦ la preuve par extrapolation peut être considérée, en combinaison avec d'autres moyens de preuve, comme des présomptions graves, précises et concordantes dans le sens de l'article 1353 du Code civil et que le SECM peut se baser dessus.<sup>24</sup>
- ✦ pour le calcul des intérêts qui seraient éventuellement dus sur un paiement, ils convient toujours d'appliquer l'article 156, §1 de la loi AMI.<sup>25</sup>
- ✦ le remboursement des prestations attestées indûment n'est pas une sanction mais une action de réparation et que la Chambre d'appel est une unité juridiction administrative indépendante et impartiale.<sup>26</sup> La jurisprudence fixée par le Conseil d'État est de ce fait confirmée.<sup>27</sup>

---

<sup>23</sup> Conseil d'État (7e C.) 26 janvier 2017, n° 237.164.

<sup>24</sup> Conseil d'État (7e C.) 28 septembre 2017, n° 239.245.

<sup>25</sup> Conseil d'État (7e C.) 31 octobre 2017, n° 239.727.

<sup>26</sup> Conseil d'État (7e C.) 31 octobre 2017, n° 239.729.

<sup>27</sup> Cf. exemple : Conseil d'État (7e C.) 3 novembre 2016, n° 236.344 et Conseil d'État (7e C.) 3 novembre 2016, n° 236.345.

## VII. PROJETS ICE

### Projet opioïdes

Les opioïdes sont des analgésiques dont les effets sont comparables à ceux de la morphine. Ils sont utilisés contre la douleur modérée à forte. Ils figurent parmi les analgésiques les plus efficaces mais ils entraînent hélas également un risque d'abus et de dépendance. Un usage (médical) incorrect et l'abus d'opioïdes constituent de ce fait un grave problème de santé à l'échelle mondiale.

Nous rencontrons également cette problématique en Belgique. Des reportages au sujet de l'augmentation des abus et des surdoses paraissent de plus en plus souvent dans la presse. Parallèlement, le SECM reçoit régulièrement des communications, notamment de l'Ordre des médecins et de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), concernant des dispensateurs de soins qui prescrivent beaucoup d'opioïdes et des patients consommant de fortes doses de ces produits. Lorsque nous constatons de fortes doses dans les profils de médication ou de prescription chez des dispensateurs de soins et des assurés, nous effectuons (depuis plusieurs années déjà) de notre propre initiative, des contrôles individuels chez le dispensateur et/ou l'assuré concernés. (voir plan d'action, point 5.5)

Pour avoir un aperçu global de la consommation d'opioïdes en Belgique, nous avons lancé ce projet ICE sur les opioïdes début 2016.

Le SECM a examiné la consommation des 5 opioïdes suivants :

- ✦ tramadol (ex. : Contramal<sup>®</sup>)
- ✦ oxycodone (ex. : Oxynorm<sup>®</sup>)
- ✦ tilidine (ex. : Valtran<sup>®</sup>)
- ✦ emplâtres fentanyl (ex. : Durogesic<sup>®</sup>)
- ✦ piritramide (ex. : Dipidolor<sup>®</sup>)

La consommation de ces 5 opioïdes représentait en 2016 environ 80 % de la consommation totale de tous les opioïdes remboursables par l'assurance maladie en Belgique.

#### Consommation générale des 5 opioïdes examinés

De manière générale, leur consommation a augmenté. Nous avons comparé les chiffres de 2006 avec ceux de 2016 :

- ✦ Le nombre de patients ayant en un an acheté chez le pharmacien (hors hôpital) au moins un conditionnement d'un des opioïdes examinés a augmenté de 638.939 en 2006 à 1.186.943 en 2016 (+ 86 %). Cela représente environ 10 % de la population.
- ✦ Le nombre de doses journalières (en DDD = doses journalières définies) est passé de 43.771.008 à 78.621.901 (+ 82 %).
- ✦ En 2006, la consommation d'opioïdes a coûté 44.355.549 EUR à l'assurance maladie. En 2016, ce montant est passé à 55.410.271 EUR (+ 25 %). Les coûts augmentent moins fortement du fait que des génériques sont apparus sur le marché, ce qui a fait diminuer le prix par emballage de nombreux produits.

#### Patients à consommation élevée et chronique

Parmi cette population totale de patients, nous avons sélectionné ceux ayant une consommation élevée et chronique. Ils ont acheté suffisamment d'opioïdes pour absorber en un an plus de 365 doses journalières. Ainsi, 30.353 patients ont, en 2016, acheté suffisamment d'opioïdes pour pouvoir consommer quotidiennement en moyenne plus d'une dose journalière. Parmi ces patients, 7.232 ont même acheté suffisamment d'opioïdes pour pouvoir absorber quotidiennement en moyenne 2 doses journalières tout au long de l'année 2016.

Nous avons constaté que plus de 20 % de ces patients à consommation élevée et chronique étaient âgés de moins de 50 ans. Cela est surprenant car la douleur chronique est plutôt constatée chez des personnes plus âgées.

Il y a de fortes chances que la consommation par ces patients âgés de moins de 50 ans augmentera encore dans les prochaines années. Une consommation prolongée d'opioïdes peut entraîner une dépendance et développer une plus grande sensibilité à la douleur. À long terme, la nécessité de consommer des analgésiques ayant les mêmes effets que ceux de la morphine augmente donc.

#### Shopping médical

Certains consommateurs d'opioïdes font du shopping médical. Ils demandent leurs prescriptions à différents médecins et/ou vont chercher leur médication dans plusieurs pharmacies. Ni les prescripteurs ni les pharmaciens en sont informés. Ils ignorent donc ce que leur patient reçoit ailleurs comme prescription ou ce qu'il se fait délivrer.

Certains consommateurs contactent même des dizaines de médecins et de pharmaciens pour s'approvisionner. C'est le signe manifeste d'un usage impropre.

#### Conséquences d'une consommation excessive d'opioïdes

Une consommation élevée et chronique d'opioïdes peut être très dangereuse, avant tout pour le patient lui-même. Parmi les effets secondaires éventuels citons :

- ✦ une accoutumance à la médication, si bien que des doses de plus en plus fortes sont nécessaires pour obtenir un même effet ;
- ✦ une sensibilité accrue à la douleur, ce qui entraîne également une consommation plus élevée ;
- ✦ une assuétude dangereuse pour la santé ;
- ✦ une somnolence entraînant des risques d'accidents de la route et du travail et une diminution de l'efficacité dans l'exercice des activités professionnelles.

L'augmentation de la consommation d'opioïdes est également néfaste pour :

- ✦ l'assurance maladie : augmentation des dépenses en médication et traitements ;
- ✦ l'assurance indemnités : augmentation des cas d'incapacité de travail ;
- ✦ la sécurité routière : somnolence au volant ;
- ✦ la sécurité dans la société en général : criminalité liée à la falsification des prescriptions, trafic illicite des produits ;
- ✦ la productivité économique : troubles de la concentration ou indisponibilité sur le marché du travail.

#### Une approche intégrale

Pour éviter qu'un usage inapproprié d'opioïdes ne constitue une menace pour la société, le SECM est partisan d'une approche intégrale par les différents acteurs sur le terrain. Cela implique :

- ✦ la recherche scientifique sur les opioïdes et leurs conséquences ;
- ✦ la formation complémentaire de tous les acteurs de terrain et l'information concernant les règles relatives à la consommation correcte des opioïdes ;
- ✦ une meilleure détection de l'usage impropre et du shopping médical ;
- ✦ la visibilité des profils médicamenteux des patients pour les prescripteurs et les pharmacies.

Le SECM a déjà pris diverses initiatives. Il a :

- ✦ cartographié la consommation de cinq opioïdes ;
- ✦ lancé des actions de contrôle pour combattre l'usage impropre d'opioïdes ;
- ✦ sensibilisé plusieurs acteurs via :
  - ✧ la presse

- ✧ une concertation avec l'Ordre des médecins, l'Ordre des pharmaciens, les associations scientifiques dont la « Belgian Pain Society », les commissions médicales provinciales, l'AFMPS, le SPF Santé publique, les associations de pharmaciens ...
- ✧ des conférences pour les GLEM et les cercles de médecins généralistes, les universités et dans différents congrès (e.a. the International Conference on Opioids, à Boston).
- ✧ ...

#### Un projet ICE

Ce projet est un exemple d'approche synergique au sein du SECM. Les directions Contrôle, Information et Expertise du SECM ont collaboré intensément pour renforcer l'impact du projet. La direction Expertise a analysé les données de facturation. Grâce à cette analyse, la direction Contrôle a pu effectuer des contrôles ciblés. La direction Information a publié les résultats du projet, tant pour les parties prenantes que pour le grand public. Le SECM propose, en collaboration avec les différents acteurs de terrain, des solutions structurelles aux instances concernées en vue d'améliorer la qualité de la prescription et de la délivrance d'opioïdes ainsi que le contrôle de la consommation chez les patients.

## Projet Imagerie médicale

Certains scanners exposent le patient à des rayons X nuisibles. C'est le cas des scans CT. Les ministres fédéraux, communautaires et régionaux compétents pour la santé publique ont voulu limiter ce risque. À cet effet, ils ont conclu le 24 février 2014 un protocole d'accord sur l'imagerie médicale lourde.<sup>28</sup> Il y est notamment convenu de limiter les examens CT au bénéfice des examens IRM. Les appareils IRM ne fonctionnent pas au moyen de rayons X. C'est moins dangereux pour le patient.

La demande croissante de scans IRM a requis un nombre plus élevé d'appareils IRM. Cette extension nécessitait un plan de répartition bien réfléchi afin de mettre les appareils à la disposition des patients dans un délai et à distance raisonnables. Une prolifération inconsidérée d'appareils IRM aurait été financièrement injustifiable. Une procédure d'agrément des appareils d'imagerie médicale lourde a donc été mise en place. L'assurance maladie indemnise uniquement les scans IRM effectués au moyen d'appareils agréés conformément à la programmation fédérale. Tous les appareils agréés sont enregistrés sous un numéro d'identification dans un cadastre national. Cela permet d'accroître les possibilités de contrôle d'appareils IRM non agréés.

Dans le cadre de ce projet ICE, le SECM a vérifié la programmation des appareils IRM et l'utilisation d'appareils agréés ou non. Nous avons aussi contrôlé si des hôpitaux ne portaient pas en compte des scans IRM effectués avec des appareils non agréés.

L'enquête s'est déroulée en 3 étapes :

### a. Étape 1 : Analyse desktop

Nous avons analysé et comparé les données suivantes :

- ✦ volume de scans IRM attestés par numéro de facturation d'hôpital
- ✦ agréments Régions et Communautés (R&G) et programmation
- ✦ données fournies par le SPF Santé publique
- ✦ cadastre imagerie médicale lourde
- ✦ arrêtés d'agrément originaux réclamés

Nous avons ainsi constaté des anomalies dans 39 hôpitaux (Tableau 21). Dans une étape suivante, nous avons effectué une étude de terrain dans ces 39 hôpitaux.

**Tableau 21**

Raisons de l'enquête supplémentaire	Nombre d'hôpitaux
Présomption de scanner IRM non agréé (analyse de volume)	14
2 <sup>e</sup> scanner IRM non agréé	7
3 <sup>e</sup> ou 4 <sup>e</sup> scanner IRM non agréé	5
Facturer des prestations IRM avant la date d'agrément	4
« Enchevêtrement » (situation mal appréhendée)	3
Scanner IRM non agréé	2
1 programmé 2 agréés 1 dans cadastre	1
1 programmé 2 agréés 3 dans cadastre	1
1 programmé 2 agréés 4 dans cadastre	1
Utilisé - Facturé ailleurs ?	1
<b>Total final</b>	<b>39</b>

<sup>28</sup> MB du 20.6.2014



## b. Étape 2 : Analyse de terrain

Lors de l'analyse de terrain, nous avons demandé les données suivantes à chacun des hôpitaux sélectionnés :

- ✦ arrêtés d'agrément ad hoc
  - ➔ pour vérifier les informations fournies par les R&G
- ✦ une sélection d'examens IRM effectués en mars 2015
  - ➔ par hôpital, par jour de semaine, par type d'examen, nous avons sélectionné un examen
  - ➔ nous avons lu le numéro d'appareil via DICOM header
  - ➔ pour constater de manière univoque combien d'appareils ont été utilisés
- ✦ les heures d'ouverture et les temps d'attente par appareil
  - ➔ pour rechercher des corrélations entre le nombre de scans IRM facturés et les heures d'ouverture et les temps d'attente

Lors de l'analyse de terrain, nous avons découvert 7 types d'anomalies concernant 25 appareils IRM dans 21 hôpitaux (Tableau 22).

**Tableau 22**

Type d'anomalie	Nombre d'appareils IRM
Numéro de série supplémentaire trouvé durant la période examinée	10
Équipement scientifique	4
Appareil supplémentaire déclaré en dehors de la période examinée dans le PVC	3
Agrément réparti entre hôpitaux	3
Agréé - pas programmé -	2
Service IRM pas agréé, facturation via un autre hôpital	2
Analyse erronée	1

## c. Étape 3 : Contrôle thématique

Le SECM a prélevé un nouvel échantillon de scans IRM afin de constater la proportion d'utilisation des appareils non agréés.

Nous avons constaté 25 numéros d'appareils non agréés pour lesquels des facturations ont été opérées dans 21 hôpitaux.

Souvent pendant notre enquête, nous avons constaté sur le terrain :

- ✦ la fermeture d'appareils IRM non agréés entraîne une extension des heures d'ouverture de l'autre/des autres appareil(s) au sein des hôpitaux. Si les radiologues travaillent de 8h30 à 17 h et pas le week-end, cela entraîne des temps d'attente extrêmement longs.
- ✦ des faits historiques: « héritage » d'un agrément. Par exemple un hôpital qui a un IRM programmé agréé et un numéro de facturation sans jamais avoir été repris dans la programmation.
- ✦ que dans certains hôpitaux il y a des appareils non agréés pour lesquels rien n'est facturé.
- ✦ Des examens IRM inhabituels et prenant beaucoup de temps ne représentent qu'une partie restreinte du temps d'utilisation d'un appareil IRM.

## Propositions

- ✦ Élaborer des procédures précises de programmation fédérale d'octroi de numéros de facturation ;
- ✦ Élaborer des mécanismes de contrôle précis à tout changement de caractéristique d'un appareil ;
- ✦ Informatiser ces procédures par voie d'une banque de données relationnelle ? (en attendant, au service de, CoBRHA+) ;
- ✦ Un numéro unique par examen, par appareil, avec horodatage ;
- ✦ Appui chiffré de la politique via :
  - ✧ Évolutions dans Audit protocole d'accord
  - ✧ Screening imagerie médicale
  - ✧ Analyses de terrain en cours
  - ✧ Trajet et contenu depuis la demande d'imagerie jusqu'à son exécution.
- ✦ Extension du fichier SZV de l'INAMI (banque de données concernant les dispensateurs de soins, les établissements de soins et les droits de facturation) ;
- ✦ Fourniture de données plus rapide et de meilleure qualité ;
- ✦ Limiter les agréments rétrogrades.

## Projet ICE

Ce projet est un deuxième exemple d'approche synergique au sein du SECM. Les directions Contrôle, Information et Expertise du SECM ont collaboré intensément pour renforcer l'impact du projet. La direction Expertise a vérifié en première instance quels hôpitaux étaient en règle par rapport à la programmation fédérale. Pour les hôpitaux présentant des anomalies, une analyse de terrain a été effectuée. Grâce à cette analyse, la direction Contrôle a pu effectuer des contrôles ciblés dans les hôpitaux où des anomalies avaient été constatées. La Direction Information a publié les résultats du projet dans un communiqué de presse en juillet 2017 et a ensuite répondu aux diverses questions posées par la presse sur ce thème.

# Acronymes

AFCN	Agence fédérale de contrôle nucléaire
AFMPS	Agence fédérale pour médicaments et produits de santé
BOD	Beslissings Orga(a)n(e) Décisionnel
CBU	Code-barre unique
CIT	Certificat d'incapacité de travail
CNI	Collège national intermutualiste
CNK	Code nationale / nationaal codenummer
CNMC	Collège national médecins contrôleurs
CPI	Chambre de première instance
CR-CMI	Commissions régionales du Conseil médical d'invalidité
DMG	Dossier médical global
DMI	Dossier médical informatisé
GLEM	Groupe locale d'expertise médicale
HJA	Hospitalisations de jour anonyme
MC	Médecin-conseil
MM	Maison médicale
NPS	Nomenclature des prestations de santé (Nomenclature)
O.A.	Organismes assureurs
OLS	Orthèse lombo-sacrée
SCA	Service de contrôle administratif
SECM	Service d'évaluation et de contrôle médicaux
SHA	Séjours hospitalisés anonymisés

# Plus d'informations ?

Vous avez des questions ou des remarques à propos de cette publication ?

Contactez-nous :

- ✦ Par mail : [infoteam.dgec.secm@inami.fgov.be](mailto:infoteam.dgec.secm@inami.fgov.be)
- ✦ Par courrier : Institut national d'assurance maladie-invalidité  
Service d'évaluation et de contrôle médicaux  
Direction Information  
Avenue de Tervueren 158  
1150 Bruxelles